



8

¿Unos vivimos porque otros mueren?

Juan Carlos Mazariegos

Este informe se presenta tal como se recibió por el CIID de parte del o de los becarios del proyecto. No ha sido sometido a revisión por pares ni a otros procesos de evaluación.

Esta obra se usa con el permiso de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

© 2008, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

EL SISTEMA DE SALUD
EN GUATEMALA
¿hacia dónde vamos?

362
M4

Mazariegos, Juan Carlos

El Sistema de Salud en Guatemala, 8: ¿Unos vivimos, ¿porque otros mueren? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

76 p. ; (El Sistema de Salud en Guatemala;8).

ISBN 978-99939-908-4-0.

1. Salud – Guatemala. 2. Salud pública - Guatemala.
3. Indicadores de salud. 4. Política de salud. I. Título.

Las ideas y opiniones expresadas en este documento son de los autores; no representan, necesariamente, la posición oficial de las instituciones que apoyaron esta iniciativa.

Este es un esfuerzo interinstitucional apoyado por el INDH-PNUD.

El producto ha sido registrado bajo la responsabilidad editorial del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 5ª. avenida 5-55 zona 14, edificio Europlaza, torre 4, nivel 10, Guatemala

Teléfono (502) 2384-3100

www.undp.org.gt

Descargas del documento en PDF:

www.desarrollohumano.org.gt



ISBN 978-99939-908-4-0

Edición y diagramación:

Amanuense Editorial - Grupo Amanuense

www.grupo-amanuense.com

Tel.: (502) 2367-5039

Diseño de portada: Héctor Morales Delgado y Melissa Elizondo

Impresión de 3,000 ejemplares Serviprensa,

Tel.: (502) 2220-7972

Guatemala agosto de 2008.

Se permite la reproducción de este documento, total o parcial, con autorización del responsable editorial y sin alterar contenidos ni créditos de autoría ni edición. El ente interesado en reproducciones puede agregar sus logotipos como créditos por la reimpresión con autorización del responsable editorial.

A mi tío Carlos Antonio Mazariegos,
patólogo implacable,
ser humano excepcional.
In memoriam.

Índice



Reconocimientos	9
Presentación	15
Prólogo	19
Introducción	23
 Marco teórico	
<i>¿Qué son los imaginarios sociales?</i>	29
<i>Modelo Hegemónico Institucional, Hegemonía e</i>	
<i>Imaginarios Sociales Hegemónicos</i>	31
<i>Discurso e Imaginarios Sociales Hegemónicos</i>	32
 Marco metodológico	
<i>Los imaginarios sociales: analítica del orden significativo</i>	
<i>de la realidad social</i>	33
<i>Mirada cualitativa de los fenómenos y análisis discursivo</i>	34
<i>Nuestros criterios técnicos de investigación cualitativa</i>	35
 Hallazgos de investigación	37
La condena pública de lo público: el eterno retorno al riesgo del caos	37
El deseo de lo privado: la restitución del orden por la inversión de los valores de lo público	41
La “participación” de la población en la salud: de la responsabilidad colectiva a la auto-responsabilidad privada de los individuos solitarios	43
Capital Humano Saludable, Competitividad Económica Efectiva: menos pobres, menos política y más mercado para el desarrollo humano	45
La “buena terapéutica” en el imaginario de salud: hegemonía del modelo médico curativo	47
Los cuerpos que importan o las metáforas del cuerpo sufriente y sus miserias	50
- Las miserias del cuerpo materno-gestante y la culpabilización de la enfermedad social	51
<i>Imaginarios hegemónicos de enfermedad: la enfermedad y la salud (im)posible</i>	53



Conclusiones	55
¿Es posible un futuro posible? Intervenir en los imaginarios hegemónicos de salud-enfermedad	59
Anexos	63
Bibliografía	71



Reconocimientos



La construcción social del futuro de la Salud en Guatemala
Colección de Textos
El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?

Coordinadora general
Karin Slowing Umaña

Investigadores principales
Gustavo Estrada Galindo
Lucrecia Hernández Mack

Gestión administrativa y financiera
Delmi Garrido Hernández

Asistencia técnica
Patricia Cortez Bendfeldt

Producción editorial
Héctor Morales Delgado

Grupo Promotor (2005 – 2007)

Universidad Rafael Landívar
Carmen Arriaga de Vásquez,
Directora Departamento Post Grado, Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad del Valle de Guatemala
Edgar Hidalgo,
Investigador Asociado

Universidad de San Carlos de Guatemala
Ángel Sánchez Viesca,
Asesor Planificador de la Coordinadora General de Planificación



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Jorge Monterroso,
Director de la Unidad de Planificación Estratégica

Ada de Aldana,
Encargada de Cooperación Internacional

Juan Luis Orantes,
Consultor de Planificación Estratégica

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Vidal Herrera Herrera,
Jefe del Departamento de Planificación

Juan Roberto Morales,
Jefe del Departamento de Servicios Centrales

Edgar Herrera,
Consejero Técnico

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
América de Fernández,
Consultora Recursos Humanos de Salud

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
Informe Nacional de Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio
Karin Slowing Umaña,
Coordinadora INDH

Aracely Lazo,
Asistente técnica del INDH

Aportes institucionales (2003-2008)

Universidad Rafael Landívar
Julia Guillermina Herrera Peña,
Rectora

Claudio Ramírez,
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mario Aguilar Campollo,
Vice-decano, Facultad de Ciencias de la Salud

Miguel Garcés,
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud 1998-2004

Universidad de San Carlos de Guatemala
Carlos Estuardo Gálvez Barrios,
Rector

Luis Alfonso Leal Monterroso,
Rector 2002-2006



Universidad del Valle de Guatemala

Roberto Moreno Godoy,
Rector

Robert Klein,
Director CDC-CAP 1990-2006

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Eusebio del Cid Peralta,
Ministro de Salud

Alfredo Privado,
Ministro de Salud, 1 febrero 2007 al 14 enero 2008

Marco Tulio Sosa
Ministro de Salud, 14 de enero 2004 al 11 de septiembre 2006

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Joaquín Molina Leza,
Representante OPS/OMS en Guatemala

Federico Hernández,
Asesor de Servicios y Sistemas de Salud

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Beat Rohr,
Coordinador Residente, Sistema de Naciones Unidas en Guatemala
Representante Residente, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Xavier Michon,
Director de País, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Chisa Mikami,
Directora de País Adjunta, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Bárbara Pesce-Monteiro,
Representante Residente Adjunta,
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Informe Nacional de Desarrollo Humano

Juan Alberto Fuentes,
Coordinador INDH 1998 - 2005

Tatiana Paz,
Asistente técnica del Programa universitario de investigación y desarrollo humano
– PIUDH - 2004-2005

Pamela Escobar,
Asesoría estadística

Pamela Rodas,
Asistente administrativa y financiera

Héctor Morales,
Oficial de comunicación



Grupo de Reflexión Inicial

Alfredo Moreno
Baudilio López
Carlos Alberto Alvarado Dumas
Carlos Gelhert Matta
Cizel Zea
Denis Pigot
Edgar Hidalgo
Enrique Duarte
Enrique Rodríguez
Federico Hernández
Hilda Leal
Isabel Enríquez
Ivan Mendoza
Joan Sabater

Jorge Astorga
Jorge Lavarreda
Juan Alberto Fuentes
Juan José Hurtado
Julio Cesar Lone Vásquez
Karin Slowing Umaña
Lidia Morales
Lorena de Ávila
Luis Octavio Ángel
Mario Roberto Gudiel Lemus
Mary Ann Anderson
Miguel Ángel Pacajó
Miguel Garcés
Nohora Alvarado

Oscar Cordón
Patricia Palma
Pedro Luis Castellanos
Ramiro Quezada
Raúl Arévalo
Ricardo Valladares
Roberto Klein
Roberto Marengo
Rubén González
Tito Rivera
Velia Oliva
Verónica Spross

Investigadores Asociados

Francisco Jiménez
Edgar Gutiérrez
Julio Penados del Barrio
Walter Flores
Edgar Hidalgo
Roberto Molina
Clara Aurora García
Percy Rojas

Juan Carlos Mazariegos
Alejandro Cerón
Gustavo Estrada Galindo
Ana Lucia Garcés
Isabel Garcés
Virginia Moscoso
Carlos Flores

Auxiliares de Investigación

Ana Lorena Ruano
Anabella Aragón
Elizabeth Avalos
Ismael Gómez

Equipo Inter-universitario de apoyo a estudio Mapeo

Universidad Rafael Landívar
Alejandro Marco Sagastume Pérez
Ángel Lara
Pamela de la Roca

Universidad de San Carlos de Guatemala
Cindy Mariela García
Christopher Pérez Soto
Wendy Melina Rodríguez Alvarado



Participación en proceso de análisis

Alfonso Morales
Alfredo Moreno
Ana Isabel Garita
Annette M. de Fortín
Ariel Rivera
Belinda Ramos
Carlos Arriola
Carlos Barreda
Carlos Daniel Zea
Carlos Flores
Carlos Vassaux
Claudia Suárez
Conchita Reyes
Coralía Herrera
Cristina Chávez
Cristina Gómez
Denis Pigot
Edelberto Torres-Rivas
Edgar Herrera
Edna Calderón Chávez
Elena Díez
Enrique Chávez
Federico Alfaro
Felipe Girón

Félix Alvarado
Francisco Mendoza
Gustavo Palma
Héctor Espinoza Vega
Hedi Deman
Hilda Leal de Molina
Iván Mendoza
Jorge López
José Miranda
José Pedro Mata
Juan Carlos Verdugo
Julio Díaz Caseros
Julio García Colindres
Karen Ponciano
Lidia Morales
Ligia C. Vargas Nisthal
Ligia Peláez
Lilian Ramírez
Lucía Verdugo
Lucilla María Bruni
Luis Fernando Mack
Luis Octavio Ángel Ancheita
Marco Antonio Barahona
María José Schaeffer

Mario Rodolfo Salazar Morales
Mario Sosa
Marta Lidia Ajú
Miguel Garcés
Miguel Von Hoegen
Nadine Gasman
Nely Herrera
Roberto Molina Cruz
Rodolfo Lambour
Ronaldo Luna
Santiago Bastos
Scarleth Gomar
Sergio Mendizábal
Sergio Mendoza
Sergio Tumax
Sonia Morales
Tito Rivera
Tomás Rosada
Velía Oliva
Verónica Spross
Víctor Hugo Toledo
Víctor Manuel González

Reconocimiento especial

Al Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar y al personal por su incondicional apoyo a la coordinación del proyecto.

Al señor Ricardo Valladares por su asesoría en la ejecución de esta iniciativa.

Sistematización del Proceso

Alejandra Hernández Sánchez
Julia Herrera Cevallos
Liliana González Jiménez
Marianela Miranda
Paula León Savedra

Apoyo financiero

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá.

Andrés Rius
Roberto Bazzani
Bárbara Miles
Adriana Bordabehere



Presentación



A Guatemala le urge repensar su sistema de salud. Hace 18 años fue la última vez que se hizo un análisis exhaustivo y de carácter integral sobre la salud y el sector salud guatemalteco. Coordinado y realizado por un selecto grupo de especialistas nacionales, el “*Estudio básico del Sector Salud*” involucró a una gama de instituciones bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID– y la Oficina Panamericana de la Salud –OPS. Su primera finalidad fue asegurar que el país contara con un mínimo de información acerca de los variados retos que habría de enfrentar una reforma sectorial cuyo advenimiento, en ese entonces, apenas si se avizoraba en el horizonte.

A la rica serie de informes finales de investigación sólo tuvieron acceso unas pocas personas; la OPS publicó un breve resumen del “*Estudio básico*”, en un tiraje limitado. En ese tiempo, todavía no era posible “colgar” en una página web un material tan abundante como el que esta iniciativa generó, medio que

hubiera permitido subsanar en alguna medida la falta de acceso más generalizado a los diversos estudios.

Desde entonces, mucha agua ha corrido bajo el puente. En el año 1996, dio inicio la “*Reforma Sectorial de Salud*”, cuyos procesos más visibles son la descentralización financiera y el arranque del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS– con su vástago, el Programa de Extensión de Cobertura –PEC–, dirigido a poblaciones con carencia crónica de cobertura institucional en salud.

A la fecha, todavía no se ha realizado una evaluación externa, independiente y pública sobre los procesos desatados y los impactos que ha tenido en la salud de la población la aplicación de las políticas vinculadas a la reforma sectorial. Sin ella resulta complicado establecer sus alcances y limitaciones, así como determinar objetivamente en qué medida dicha “Reforma” ha contribuido a consolidar una mejor institucionalidad pública, capaz de enfrentar los desafíos en salud de los próximos años con mayor grado de éxito.





De igual manera, más allá de la retórica “políticamente correcta” acerca de la importancia de la salud para el desarrollo, el debate sobre la salud y el sistema de salud ha estado, por varios años, prácticamente fuera de la agenda pública.¹ Por otra parte, es notorio el escaso involucramiento que ha tenido la sociedad civil en la definición de la política de salud, así como en el monitoreo de sus resultados. Su papel más destacado ha estado en la implementación de las acciones operativas impulsadas en el marco del PEC, que son definidas desde las unidades gestoras a cargo de este programa en el MSPAS.

Este conjunto de circunstancias e inquietudes son las que sirvieron de motivación al Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano del PNUD Guatemala, para impulsar una dinámica que desatara la reflexión y el debate ciudadano acerca de cuál es el sistema de salud que necesita la sociedad guatemalteca. Un sistema que debe comenzarse a construir hoy, para así poder enfrentar, en el mediano plazo, los retos de salud-enfermedad de una población expuesta a un sinnúmero de carencias, riesgos y vulnerabilidades, que afectan negativamente sus posibilidades de vivir una vida prolongada y saludable.

La iniciativa fue recibida muy positivamente y derivó en la formación de un consorcio integrado por las Universidades Rafael Landívar, del Valle de Guatemala y San Carlos de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Oficina Panamericana de la Salud y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, por intermedio

¹ Muy recientemente (2005 para acá) ha habido algunas iniciativas: destacan la “Agenda Nacional de Salud” elaborada por el MSPAS y el proyecto “Visión de país”, que ha generado una propuesta de “ley marco de salud”, la cual hasta hace pocos meses, comenzó a ser discutida por parte el gremio médico y por la Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz, así como por algunas organizaciones de la sociedad civil.

del Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano. En todo el proceso se contó siempre con el apoyo financiero del International Development Research Centre –IDRC– por medio de su programa “Equidad, gobernabilidad y salud”.

La primera etapa de trabajo, realizada entre los años 2005 y 2007, consistió en la generación de información y conocimiento concebido explícitamente desde el inicio como un insumo para alcanzar tres finalidades: *“Fomentar y generar procesos democráticos de discusión política, científica y técnica en salud, con amplia participación de los actores políticos y sociales”* y a partir de estos, *“contribuir a la formulación de políticas, planes y acciones de salud en Guatemala, de manera que éstas logren mejorar la gobernabilidad y la equidad en el sector.”* Igualmente, en un proceso conjunto entre sociedad civil y Estado, se espera contribuir a *“visualizar colectivamente las alternativas futuras, posibles y deseables del desarrollo de la salud y de los servicios de salud para los próximos 15 años”*.

Los resultados de esta primera etapa se materializan en una colección de 9 textos (una síntesis y ocho publicaciones especializadas), que analizan el sistema de salud guatemalteco y sus desafíos desde tres distintas perspectivas: a) investigaciones que analizan el contexto social, económico, político, demográfico y epidemiológico donde se desarrolla el sistema de salud y al que éste responde; b) investigaciones relacionadas con las dinámicas de la estructura, funcionamiento y desempeño del sistema de salud; y c) investigaciones que indagan en las valoraciones, visiones e imaginarios sociales que subyacen en el sistema de salud de Guatemala.

El estudio que se presenta en esta ocasión corresponde a este último grupo. Con el sugestivo título de *“¿Unos vivimos, porque otros mueren?”*, el joven investigador guate-

malteco Juan Carlos Mazariegos hace una primera exploración acerca de cómo las representaciones sociales sobre lo que es la salud, la enfermedad y la función del sistema de salud en la sociedad, son claves para entender cómo y a partir de qué se definen los contenidos de las políticas, las estrategias e intervenciones que se emprenden.

En este estudio, se entiende el concepto de “imaginarios sociales” como el *“cúmulo de formas-figuras-imágenes con sentido, a partir de las cuales toda sociedad representa y se representa a sí misma”*. Dicho en otros términos, los imaginarios son los recursos a partir de los cuales la sociedad explica su propia realidad y actúa posteriormente sobre ella. Los imaginarios sociales interactúan y se interrelacionan estrechamente con la forma en la que una sociedad dada se organiza.

Desde luego, cómo se organiza una sociedad es el resultado de la articulación e interdependencia de fuerzas de poder interactuando, oponiéndose e imponiéndose, en un campo político dominado por actores e instituciones políticas (grupos de presión, partidos políticos, el Estado en su conjunto o por instituciones, los movimientos sociales, entidades gremiales, grupos corporativos, grupos de pertenencia, clases sociales, etc.); y por la forma en la que estos actores e instituciones producen, reproducen y distribuyen los recursos simbólicos y materiales permanentes de la sociedad. La forma que “domina” las rutas de dichas fuerzas de poder y, en consecuencia, la manera en la que se articulan dichas instituciones, es lo que en el presente estudio se entiende como un Modelo Hegemónico Institucional.

Para examinar los imaginarios hegemónicos en salud, Mazariegos parte de una ruta propia del análisis crítico del discurso y se plantea tres objetivos: primero, indagar qué imaginarios

sociales hegemónicos de salud-enfermedad se están proyectando e instituyendo en Guatemala; segundo, indagar qué tipo de sujeto enfermo-sano se está produciendo desde la “mirada” institucional del modelo hegemónico de salud guatemalteco; y tercero, aproximarse a las posibles formas en las que este modelo puede estar actuando sobre este sujeto enfermo-sano.

Las reflexiones recogidas en este ensayo son poco usuales en el campo de la investigación en salud en Guatemala. Por esta misma razón, es de vital importancia que tengan una amplia difusión y debate, pues contribuyen a comprendernos mejor como sociedad y a imaginar alternativas que respondan mejor a la necesidad de construir un sistema de salud incluyente y sostenible, que atienda efectivamente la enfermedad, sin olvidar que, ante todo, debiera contribuir a la realización de vidas más prolongadas y saludables.

El estudio elaborado por Juan Carlos Mazariegos, al igual que los otros que comprenden la colección *“El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?”*, constituye un valioso instrumento para el debate y la reflexión, para la necesaria discusión social que debiera darse previo a la toma de decisiones que, por su carácter y envergadura, puedan nuevamente comprometer la salud y el bienestar de las generaciones presentes y futuras del país.

De sabios es equivocarse, pues de errores y éxitos es que aprendemos. Pero, repetir los errores sólo por no tomarnos el tiempo de reflexionar y dialogar es un lujo que, como sociedad, ya no podemos darnos. Éticamente, es imperdonable; técnicamente es absurdo, tomando en cuenta el caudal de conocimiento y experiencia nacional y mundial existente; y financieramente, es insostenible. Ciertamente, el conocimiento jamás deberá sustituir a la política, pero si van de la mano pueden



producir mejores alternativas de desarrollo para la sociedad.

A todas las instituciones que conformaron esta iniciativa, nuestro más profundo agradecimiento por su interés y confianza en la realización de un esfuerzo que resultó

más arduo y complejo que lo originalmente imaginado. Confiamos que sea la chispa que prende la llama de la creatividad y el compromiso con el cambio a favor de *“más y mejor vida para todos”* en el ámbito de la política de salud guatemalteca.



Beat Rohr

Coordinador Residente
Sistema de Naciones Unidas en Guatemala
Representante Residente
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo



Prólogo



Hacer análisis de salud no implica solamente tener una visión epidemiológica o revisar la conformación y efectividad del sistema de salud. Aún cuando ambos son necesarios, en algunas ocasiones tener una mirada diferente del tema permite encontrar ángulos que normalmente pasan desapercibidos pero que, una vez se hacen visibles, contribuyen como pocos a la comprensión de los problemas que nos inquietan.

Caracterizar lo que es el “imaginario”, inevitablemente nos refiere al universo de lo subjetivo y no de los hechos; incluye comprender que todas las sociedades han necesitado la construcción de elementos que las cohesionen y den sentido a aquello que se generó, en primer lugar, de forma no conciente.

Los imaginarios sociales integran lo que las personas identifican acerca de los fenómenos sociales y cómo lo comunican a los otros que comparten su grupo social. El imaginario se construye a veces por arquetipos propios a toda la humanidad, que fueron creados en la infancia del *homo sapiens* y que, según Jung, son comunes a la mayoría de experiencias humanas. Sin embargo, los imaginarios se desvincularon de los hechos arquetípicos para transformarse en realidades que se circunscriben a grupos

sociales específicos y acoplan, de manera simbólica, aquello que fue generado en el inconsciente de las personas y que a través del tiempo, se constituyó en algo que la mayoría conoce o cree conocer. Los imaginarios sociales se introyectan por la persona en su proceso de convertirse en individuo social y normalmente varían de una sociedad a otra y de un tiempo a otro. Son la manera en que una sociedad representa y autorepresenta su realidad.

El trabajo realizado por Juan Carlos Mazariegos refiere específicamente a los imaginarios sociales hegemónicos de salud en Guatemala. Este es un eje de análisis que se aborda quizá por primera vez en un estudio de la salud en el país. Aunque la construcción de los imaginarios es un proceso no sistemático, histórico y rara vez consciente, la evidencia de estos está en sus representaciones. Las más accesibles para fines de estudio son las representaciones discursivas, los mensajes verbales y no verbales que emiten grupal o individualmente los diversos prestadores y actores que integran el sistema de salud y que, con congruencia o no con los actos, manifiestan una realidad específica sobre la que se basa esta reflexión.

El análisis del discurso hegemónico en salud partió de una exploración amplia de fuentes institucionales sobre los temas salud-



enfermedad-población. A partir de estos, se sistematizaron los enunciados recurrentes, encontrando “campos de sentido”. Al desplegarlos (que pueden ser técnicos, éticos, económicos, u otros), estos permiten identificar la “mirada” institucional sobre la salud-enfermedad y la población. Esta es la herramienta que emplea Mazariegos para construir los imaginarios y analizar las referencias o relaciones entre los mismos.

El estudio coloca al sistema de salud dentro de un modelo hegemónico institucional que se caracteriza por la forma en que las instituciones del sistema de salud guatemalteco se articulan entre sí, tanto física como ideológicamente, independientes de su origen y fines. Los resultados, por su claridad, resultan enriquecedores e iluminadores.

Un campo de sentido que destaca es el que se refiere a la polaridad entre lo “público” y lo “privado”. Las instituciones legales de servicio público, en sus definiciones, características y acciones, han contribuido a la construcción del imaginario hegemónico de salud que polariza la relación público-privado. La sociedad guatemalteca ha construido esta polaridad a partir de imágenes que correlacionan y adscriben ciertas cualidades a lo público como contraposición de lo privado.

Los servicios públicos se inscriben en el imaginario hegemónico como incapaces de administrar recursos, con fuerte alusión a la corrupción. Sin embargo, el mismo imaginario no asume la necesidad de inyectar recursos al sistema público sino más bien se preocupa por la incapacidad de administrar la escasez, ya que esto lo convertiría en racional desde el enfoque económico. La idea de un Estado fortalecido y con recursos suena irracional desde el imaginario hegemónico. En otras palabras: la sociedad asume que la escasez es normal y se culpa a la corrupción de la misma, asumiendo que no es posible incrementar los aportes del Estado.

El sistema de salud queda significado en el imaginario social como lo más caótico existente, y caos es sinónimo de muerte. Lo público no puede resolver, en el imaginario social y por lo tanto, se asume que la única alternativa a lo público es lo privado, sin analizar la presencia de otras alternativas; y sin autorizar la posibilidad de su existencia. El imaginario, construido en esa polaridad, genera en la población la aspiración y el “deseo” de lo privado, mismo que se le niega, desde su ángulo de visión, al quedar sometido al caos de lo público.

Este imaginario social está tan introyectado en las personas, que éstas no analizan las deficiencias que pueden existir también en lo privado. Lo mismo pasa con las ventajas: se magnifican las ventajas de lo privado y se minimizan las de lo público. La frustración que se genera en las personas al no poder acceder a lo privado incide profundamente en su actitud y comportamiento hacia lo público.

Un segundo imaginario develado es aquél acerca de la participación de la población en la salud. En principio no se niega la necesidad de involucrar a personas y comunidades en los servicios de salud; sin embargo, el mismo imaginario institucional asigna a las poblaciones valores negativos: conformistas, se les percibe imposibilitados de generar esfuerzo propio e individual y desperdiciando sus capacidades. Se achaca la falta de interés de las personas a la característica de gratuidad de los servicios, lo que genera que se piense que las personas sólo son capaces de asumir su salud por la vía del pago, monetizando su voluntad. La población se significa como alguien a quien hay que ayudar a entender su realidad: una población ignorante. El autor se pregunta ante esto ¿qué relación tiene con las características a menudo asignadas a los pueblos indígenas?

Los imaginarios que relacionan la salud con la productividad, que generan la necesidad



de intervenir en el cuerpo enfermo para volverlo “productivo”, también se adhieren a la interpretación del proceso de curación. El enfermo, como cuerpo doliente, se deja llevar por un camino hacia la salud que obligadamente prioriza las soluciones farmacológicas o quirúrgicas: en este contexto, la buena terapéutica implica necesariamente la atención por parte de médico especialista, una cirugía u otro tipo de intervención diagnóstica o terapéutica sobre el cuerpo, y la receta para adquirir un buen número de medicamentos.

Una tercera dimensión es que el sistema de salud se resiste frente a aquellos que carecen de capacidades adquisitivas: la salud es un bien de consumo privado e individual. El modelo hegemónico que ha caracterizado a lo privado como sinónimo de salud, inalcanzable para algunos, excluye a otros y produce enfermedad. El pobre absoluto es por lo mismo irrepresentable, en tanto que no es productivo, no puede “comprar” servicios, y no se hace económicamente responsable de su propia salud. En contraste, aquél que opta por lo privado se aleja de la pobreza, que en este imaginario, representa a ese otro al que se le dejan los servicios gratuitos, escasos y de tercera calidad.

El deseo del privado incubó la automedicación: la otra vía de acceder a esa terapéutica que representa la no pobreza y a la que se entra “por la puerta de atrás”, de forma clandestina; los tratamientos “recomendados” por amigos son invitaciones a dejar la pobreza y a formar parte de ese mundo de abundancia.

Frente a estos imaginarios, el autor insiste en la necesidad de romper con el deseo de lo

privado. En otras palabras, plantea la necesidad de cambiar la lógica de mercado que parece definir el sentido de la salud en Guatemala, no tanto para anularla, sino colocándola en el lugar que le corresponde dentro de un sistema que privilegie la salud de las personas y los diferentes grupos sociales.

El trabajo realizado por Juan Carlos Mazariégoz es por demás una lectura estimulante. Independientemente de si se coincide o no con las interpretaciones del autor, los lectores se sentirán provocados a pensar acerca de cómo están comprendiendo la salud, la enfermedad y el papel del sistema de salud en el país.

En términos del diálogo social que este proyecto se propuso impulsar, este tipo de reflexiones es vital. Sentarse a “dialogar” nuevamente sobre problemas y posibles soluciones no tiene sentido sino hay cambio en los contenidos y finalidades del diálogo. Más allá del discurso oficioso y políticamente correcto acerca del papel que el Estado “debe” tener en la salud, los hallazgos de este estudio sugieren que las personas y las instituciones –inclusive las públicas– no le están apostando genuinamente a que este mandato se realice. Inconcientemente o no, detrás de la resistencia a tributar o a que se fortalezca la institucionalidad pública de la salud –ambas indispensables para que ejerza su función rectora del sistema y de garante del derecho a la salud– están varias de esas ideas, concepciones y valoraciones subjetivas sobre lo público y lo privado que se examinan en este trabajo.

Esperamos que su lectura sea de sumo interés y utilidad para ustedes.



Introducción



Recordemos... hagamos memoria. Entre 1925 y 1940, René Leriche definió la salud como la vida en silencio de los órganos del cuerpo. Antes de él, en 1865, Charles Daremberg escribía que en el estado de salud no se sienten los movimientos de la vida, todas las funciones se realizan en silencio¹. En otras palabras, mientras menos se percibía, sentía o experimentaba el funcionamiento de los órganos, entonces la vida transitaba normalmente y naturalmente: se estaba sano. La salud se comprendía como la experiencia equilibrada de una vida normal; y sólo la enfermedad ubicaba a los seres humanos en presencia de sus órganos corporales.

Vivamos el presente. En la actualidad, esa situación se ha invertido: los órganos del cuerpo deben resonar, gritar, experimentarse como estados vívidos y sistemáticos. La investigación farmacológica, la experimentación médico-científica, la manipulación genética, las patentes de comercio, la bolsa de valores, las aseguradoras privadas; la obesidad, la anorexia, las adicciones, las epidemias globales como el VIH/SIDA, las hambrunas y la globalización de la pobreza, etc., sitúan las experiencias de los órganos del cuerpo cotidianamente: se ha hecho necesario que, sin descanso, los órganos del cuerpo hablen y griten: lo que se ha normalizado es la enfermedad.

¹ Canguilhem Georges, (2004)

Asistimos, pues, a una etapa del desarrollo histórico social en la que la enfermedad se ha hecho parte fundamental en el funcionamiento del modelo político-económico global. Y nuestras realidades dependientes no escapan a dicha verdad. Esto ha conllevado la creación y recreación de las maneras en las que percibimos, representamos y comprendemos la salud y la enfermedad: nuestro estado vital. La finitud del ser humano nunca antes se había experimentado con la fuerza en la que se experimenta actualmente, con una variante importante: la proximidad al sentido de la muerte se vive, no como el fin de un ciclo natural, sino como la producción de la misma por los propios seres humanos. Sin duda, esto es el correlato de un mundo en el que la muerte producida por maquinarias bélicas y burocracias corporativas que fabrican guerras en el nivel mundial, de la mano con la crisis ecológica, se han vuelto parte del diario vivir de un mundo globalizado.

¿Visión pesimista? O más bien ¿visión realista? Amparados quizá, por aquel ideal del científico que no enuncia juicios de valor, no lanzamos un juicio moral al respecto. Simplemente este es el mundo que vivimos. Y es en este mundo, y no en otro, en donde adquiere relevancia la investigación sobre la salud-enfermedad de la sociedad, en este caso, la guatemalteca; no para decir sin más que la salud es el reflejo





del bienestar de una población, sino para aproximarnos a qué tipo de bienestar es ese que experimentamos los y las guatemaltecos: ¿hay niveles y categorías diferenciadas de bienestar? ¿tenemos derecho todos a un mismo nivel de bienestar o acaso el bienestar es un privilegio de unos pocos en detrimento del resto? Estas preguntas sólo las podremos responder todos en conjunto, bajo el amparo, me atrevería a proponer, de una premisa: el individuo sin sociedad es una ficción; en otras palabras, la muerte del conjunto es la muerte de las partes.

Pero, nos corresponde de la misma manera preguntarnos ¿la muerte de las partes es también la muerte del conjunto? Tal vez suene a necrofilia sociofilosófica, pero hablar de salud-enfermedad es hablar de vida y muerte. Y cuando en este tránsito vital están las vidas de una gran mayoría, resulta fundamental preguntarnos ¿quiénes son las partes del conjunto y quién es el conjunto en el que están inmersas esas partes? ¿Quiénes y cómo se está decidiendo quién vive y quién muere? Una estrategia fundamental ha surgido en este modelo económico político mundial: el individuo es el único responsable de su salud, es decir, de su vida y muerte. Pero no se confunda este individuo con cualquier otro: es el individuo solitario, el individuo neoliberal.

Así, se desencadena una serie de secuencias y consecuencias sobre cómo, al final de cuentas, estamos entendiendo la salud en nuestros tiempos. Esto no evoca a un prurito intelectual cuando de lo que se trata es de actuar y transformar al mundo, diría cierta ortodoxia. No se nos olvide –a pesar de la cansada y recurrente insistencia de los que repiten que pensar y hacer son dos esferas separadas y distintas– que pensar es ya actuar, y en consecuencia, la manera en la que vemos, percibimos, interpretamos y comprendemos es la manera en la que actuamos sobre nuestra realidad, en este caso, de la salud de la población y de los individuos.

La presente investigación quiere ser una aproximación a esas formas que tenemos de comprender la salud-enfermedad en nuestro país, porque, efectivamente, de esa misma forma estamos actuando sobre nuestro proceso vital. Por eso nuestro interés en los imaginarios sociales, dado que estos son recursos que la sociedad emplea para autointerpretar su propia realidad. Los imaginarios, entendidos como cúmulos de imágenes sociales con sentido, son la base o el sustento a partir de los cuales la sociedad construye “herramientas de percepción” de su realidad. Usando una metáfora, digamos que los imaginarios funcionan como lentes sociales: sin estos no se puede “ver”, y sin embargo, la magia de los mismos es que no se perciben ya que son traslúcidos. Los imaginarios sociales son esas transparencias sin las cuales no podemos ver.

Los mismos, desde luego, no surgen de la nada: son creaciones institucionales. Pero también, estos terminan co-construyendo las instituciones sociales más importantes. Para los intereses de nuestra investigación, nos hemos centrado en un universo institucional restringido a las instituciones que están definiendo decididamente los imaginarios hegemónicos respecto del sistema de salud guatemalteco, entendiendo que más que un sistema, estamos inmersos en un Modelo Hegemónico Institucional de Salud. Esto por el hecho de que las instituciones nunca están “ahí” sin más, las mismas se articulan y se direccionan en rutas empujadas por fuerzas de poder. Por esta razón, un sistema de salud –sea cual sea– siempre responde y se articula de acuerdo con un modelo hegemónico específico. Para el caso de esta breve investigación, el modelo responde de manera hegemónica a un modelo, valga la redundancia, propio de instituciones privadas lucrativas.

Este Modelo Hegemónico Institucional es co-constructor de ciertos Imaginarios Sociales Hegemónicos por medio de los cuales se legitima en la sociedad. En estos imaginarios

centramos nuestro interés reflexivo e interpretativo. No quiere decir que los imaginarios hegemónicos sean totales y totalizadores, pero lo ineludible es que son dominantes y se encuentran diseminados en la sociedad. Sin duda, hay visiones o imaginarios alternativos, mismos que deben ser estudiados insistentemente; sin embargo, y sin ánimo de demeritarlos, este trabajo se centra en los imaginarios hegemónicos de salud. Esto es importante, puesto que reconocemos que hay voces alternativas a la visión que en este trabajo presentamos; a aquellos que se reconozcan fuera de esta interpretación, sirva ésta para conocer mejor lo dominante.

Por esta razón, no pretendemos generalizar nuestro análisis y conclusiones a todos los grupos sociales e individuos de esta sociedad, menos cuando este ha sido un trabajo exploratorio y de corto alcance. Es una aproximación y como tal debe ser leído. Lo que se pretende es abrir vetas interpretativas o rutas comprensivas posibles para seguir transitando en el análisis, sobre todo en un país con tal grado de carestía interpretativa sobre la salud-enfermedad. Como las verdades absolutas son posesión de los que dominan y tienen el poder para hacer que sus verdades sean absolutas, este trabajo se aparta totalmente de esta noción de verdad. En nosotros, por el contrario, prevalece la intención de ofrecer una posición para ser discutida, sin más.

Eso no quiere decir que nuestros argumentos no tengan validez; lo único que decimos es que la misma se corrobora con base en discusiones serias, sin coerciones ni imposiciones, donde el único criterio que debe prevalecer para todos los que participan de dichas discusiones es que los argumentos que prevalezcan sean aquellos que resistan a la crítica argumentada. Sin duda alguna, hay responsables de la situación de salud de nuestro país y de la forma en la que se articula un Modelo Hegemónico Institucional, pero esas responsabilidades no son preocupación ni ocu-

pación de este trabajo. Lo que se encontrará en las páginas que siguen es una interpretación sociológica de los imaginarios sociales hegemónicos de salud en Guatemala desde la perspectiva del análisis crítico del discurso, sin ir más allá de lo que esta metodología permite.

No estamos juzgando moralmente al sistema ni al modelo. Nuestra aspiración es *mostrarlo* en sus distintas lógicas y sentidos, reconociendo que muchas o la mayoría de veces, lógicas, sentidos y racionalidades del modelo son tan naturales que pasan desapercibidas, incluso para aquellos que tratan de ubicarse “fuera” de un modelo como el nuestro. En última instancia, como se verá más adelante, todos estamos integrados a este modelo hegemónico de salud guatemalteco. Además, y a pesar del tono crítico que pueda tener este trabajo, reconocemos que hay muchos sujetos, grupos y personas en lo individual, que no dejan de trabajar por un modelo de salud distinto; reconocemos además, el esfuerzo de residentes, enfermeras, auxiliares, médicos(as), curadores, comadronas, instituciones comunitarias, profesores, salubristas, etc., que hacen soportable un sistema de salud invivible, como el guatemalteco. Para ellos, un reconocimiento.

Dicho esto, como propuesta analítica, lo que trata de mostrar esta investigación aproximatoria son los imaginarios sociales hegemónicos que se están produciendo, de manera general, en medio del Modelo Hegemónico Institucional de Salud guatemalteco. Debe quedar claro que dicho modelo se enmarca en procesos históricos contemporáneos definidos de manera general por varios hechos concretos: 1) una reforma de los Estados Nacionales latinoamericanos en la que se privilegiaron las medidas de ajuste estructural, cuyo objetivo central fue privatizar las empresas estatales liberalizando la economía en escalas nunca antes impulsadas en el continente; 2) dichas reformas estructurales, que de manera específica afectaron al sector salud, fueron impulsadas e impuestas por





instituciones transnacionales y proto-estatales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otras; 3) la economía en la escala mundial acentuaba una lógica corporativa especulativa de acumulación de capital, dando por resultado economías dependientes –como la guatemalteca– no tanto de naciones del centro del sistema-mundo, sino de corporaciones transnacionales cuyo capital proviene de dichas naciones, imponiendo sus intereses en las naciones latinoamericanas. En otras palabras, nos encontramos hablando del predominio del modelo económico-político neoliberal que privilegia al mercado por sobre todas las cosas; 4) un modelo de Estado y sociedad patrimonial oligárquico que se ha venido adaptando a estos cambios desde formas de relacionamiento clientelares lucrativas; y 5) una lógica en la que se vislumbra el triunfo de lógicas grupalistas e individualizantes que anuncian “la crisis de lo social”.

En ese marco, en este trabajo se muestran múltiples imaginarios sociales que dan cuenta de una racionalidad hegemónica cuyo rasgo característico o acentuado es el predominio de lo privado lucrativo (lógica mercadocéntrica) como eje estructurante de la salud en Guatemala. Esta lógica, se argumenta, es el resultado de un descrédito generalizado de lo público a favor de lo privado como inversión de los valores de lo público. Además, el trabajo expone un repunte exacerbado de “preocupación” por la participación comunitaria que refleja, entre otras cosas, la incorporación de la población al sistema de salud, pero sin capacidad de decidir políticamente sobre el mismo, trasladando así los costos de la salud a las comunidades y refuncionalizando de esta manera una lógica paternalista añeja en Guatemala donde se limitan las decisiones políticas de la población, pero se incrementa su participación en los costos y funcionamiento del sistema. El trabajo expone, de manera específica, los rasgos generales de un modelo médico hegemónico

cuyo rasgo más importante es la mirada biomédica curativa y mercantilizada de la salud/enfermedad en Guatemala. Se exponen, además, las formas de representar a los cuerpos que importan para el modelo médico hegemónico guatemalteco. Finalmente, el trabajo presenta los rasgos sintéticos que dan cuenta de cómo se está representando la salud y la enfermedad en la Guatemala contemporánea.

Para finalizar, debemos dejar constancia –advertir si es necesario– de los alcances y limitaciones de esta investigación:

- 1) Antes que nada, es necesario comprender que el presente en el que se sitúa nuestro trabajo es un presente historizado. En otras palabras, en nuestra contemporaneidad se entrecruzan racionalidades que nuestra sociedad ha venido construyendo y reconstruyendo a lo largo de su historia; racionalidades de las que no podemos dejar constancia debido al limitado alcance de nuestra investigación. Esto no quiere decir que no estemos observando “novedades” en la actualidad que vivimos o que nuestro tiempo sea solamente el “producto” del desarrollo lineal de la historia. Nuestro presente ofrece novedades, al menos en la manera en la que se articulan dichas racionalidades históricas, y es acá donde queremos mostrar aproximaciones comprensivas desde los imaginarios de salud-enfermedad en Guatemala. En síntesis, debe comprenderse que el presente trabajo no es un trabajo histórico-historiográfico sino sociológico.
- 2) No es ninguna novedad escuchar que tomar posición en un país acostumbrado al enfrentamiento –como el nuestro– es simple y llanamente “ideología”. Por eso resultan muy cómodas las teorías con alto grado de formalismo que definen un sistema de salud con base en la pura presuposición-descripción de sus actores. Sin embargo, estas teorías

olvidan que todo actor se moviliza con base en sus propios intereses y, es a partir de los mismos, que empujan las maneras en las que el sistema actúa. En este preciso sentido, todo actor es portador de una ideología². Nosotros partimos del reconocimiento de que el actual sistema de salud guatemalteco es el resultado de las formas en la que los diversos actores se están articulando y determinando la racionalidad que lo direcciona. La racionalidad predominante del mismo (que no es otra cosa que producto de la forma en la que se articulan los actores) es la que se define como la racionalidad del Modelo Hegemónico. Al hablar de Modelo Hegemónico, nosotros vamos más allá de la visión que comprende a los actores como “entes” neutrales, en tanto que esta posición no se sostiene empíricamente.

- 3) Como tratamos de demostrar en el presente trabajo, la racionalidad predominante del sistema de salud guatemalteco es la racionalidad privada-lucrativa. Por esta razón, si bien hemos tenido el cuidado de revisar documentación de las instituciones públicas del sistema de salud, como también de algunas instituciones privadas no lucrativas, nuestro análisis sigue los derroteros propios de la racionalidad dominante del actual modelo de salud: la de las instituciones privadas lucrativas. En este marco, si este trabajo es calificado de ideológico, de antemano damos paso a una respuesta afirmativa: en efecto, este trabajo se centra –desde la perspectiva de los imaginarios sociales– en la ideología propia de los actores privados que están determinando el Modelo Hegemónico de Salud en Guatemala y sus respectivos

imaginarios: la ideología que trasluce este trabajo es la de las instituciones privadas lucrativas del sistema de salud.

- 4) Nosotros sabemos que la mayoría de estudios sobre salud-enfermedad en Guatemala han estado direccionados por una mirada epidemiológica cuantitativista de médicos y médicas salubristas (de manera general). En este sentido, este trabajo puede resultar una “rareza”, en tanto que el mismo es una investigación cualitativa sobre los imaginarios de salud-enfermedad en Guatemala realizada por un sociólogo sin formación médica. En este sentido, la presente exploración no se ubica en el “dato” duro de los números (casi siempre referidos a enfermedades y servicios prestados) y sus relaciones matemáticas, como es costumbre de toda investigación cuantitativa. Antes bien, nosotros nos ubicamos en la complejidad del sentido de lo que se dice y enuncia: nuestra aproximación es a partir del “dato” *elusivo* de los discursos socialmente producidos y no vamos más allá de los mismos. En este sentido, esta investigación se centra en los discursos producidos por este Modelo Hegemónico de Salud (predominantemente privado-lucrativo): nos interesa así, la indagación discursiva propia del Modelo Hegemónico. En este marco, debe tenerse en cuenta que el criterio de validez de la investigación cualitativa no se refiere a la cantidad de lo que se dice (rasgo numérico) determinado con base en una muestra estadística representativa; antes bien, la validez cualitativa tiene que ver con la SATURACIÓN y la RECURRENCIA discursiva. Si bien estos temas los tocamos en el apartado metodológico, lo que resulta importante mencionar acá es lo siguiente: lo que descubrimos en una investigación del discurso es un mismo tipo de enunciados repitiéndose en los textos de manera sucesiva. Una vez “descubierta” la saturación y la recurrencia, se hace

² Actualmente el término ideología se ha *hecho sentido* común con un acento peyorativo. Lo ideológico no es serio ni científico. En su versión clásica, ideología es “falsa” conciencia o distorsión de la realidad. En la academia contemporánea, el término ideología se utiliza para hacer mención a una visión de mundo. Nosotros utilizamos el término para referirnos a la posición del o los sujetos en el sistema.



prescindible seguir leyendo “pilas” de textos: esta es la representatividad cualitativa de nuestra investigación. En estos términos, lo que muestra este trabajo es, precisamente, recurrencias y saturaciones discursivas del Modelo Hegemónico de Salud guatemalteco.

y a los mismos términos de referencia con los cuales hemos guiado nuestro campo de estudio.

5) Si bien hacemos constantemente referencia a los imaginarios sociales (ya hemos dicho algo en esta misma introducción y lo haremos más adelante en el marco teórico), en estas consideraciones finales –aunque parezca reiterativo– proponemos una forma básica de comprenderlos: los imaginarios sociales son las formas en las que la sociedad representa y comprende su propia realidad a partir de las imágenes con sentido producidas por ella misma y por sus instituciones. Como la teoría siempre es compleja, esperamos que los lectores de este trabajo tengan una idea más clara de lo que son los imaginarios sociales luego de haber leído los hallazgos de investigación. Para el apartado teórico apremia una solicitud sincera del autor al lector: una lectura paciente y acuciosa.

6) Finalmente, debe tenerse en cuenta que esta breve investigación no es extensiva ni exhaustiva. La misma se enmarca en un proyecto mucho más general del cual, ésta sólo es una pequeña parte de un todo en el que se realizaron más investigaciones para aproximarse a una mirada más global del sistema de salud guatemalteco. Además, como es propio de este tipo de esfuerzos, el tiempo con el que hemos contado es limitado. En última instancia, la realidad como un todo es inaprensible. En este sentido, hemos tenido que hacer ese “trabajo sucio” propio de toda investigación: el acotamiento. Este trabajo refleja las limitaciones propias al tiempo disponible, a la mirada analítica del investigador y la sociología, a las limitaciones propias de la metodología cualitativa,



Marco teórico



¿Qué son los imaginarios sociales?

La utilización del concepto “imaginarios sociales” aparenta cierta novedad en nuestra tradición teórico conceptual, hablando en términos de las ciencias sociales. Sin embargo, el mismo tiene una larga historia dentro del pensamiento occidental. Desde sus propios orígenes, el término nació unido a una concepción, dominante hasta nuestros días, en la que se le equipara a lo irreal, ficticio o engañoso. Suponemos, en última instancia, que los imaginarios sociales pertenecen al mundo de la imaginación, misma que se ubica como antítesis u oposición radical de lo real.

Un ejemplo contemporáneo de lo anterior lo constituye la teoría de Jacques Lacan. Según esta teoría: “Lo imaginario es el reino de la imagen en la imaginación, el engaño y el señuelo. De modo que lo imaginario es el orden de las apariencias superficiales que son los fenómenos observables, engañosos, y que ocultan estructuras subyacentes [...]. Lo imaginario ejerce un poder cautivante sobre el sujeto, un poder fundado en el efecto casi hipnótico de la imagen especular”³. En este sentido, lo imaginario tiene fuertes resonancias con la concepción marxista de ideología, en la

que se le describe como velo o encubrimiento de la realidad.

Desde una mirada antropológica, se ha comprendido la génesis de lo imaginario en plena concordancia con la magia y los mitos sociales. Desde esta perspectiva, lo imaginario se encuentra ligado “...a la edificación de un recurso cultural necesario para afrontar el destino natural del hombre”⁴. Así, los grupos humanos, al enfrentarse a su propia condición transitoria en el mundo, recurren al mundo imaginario para explicar y comprender su propia finitud (muerte). Trascender la finitud de la existencia y resolver los desequilibrios comprensivos que la misma impone es, desde esta perspectiva, el “trayecto antropológico” de lo imaginario.

En otras palabras, alumbrar la realidad a partir de “algo” más allá de la vida finita del ser humano ha sido la función antropológica fundamental de lo imaginario. Así, “el despliegue de la imaginación ensancharía el horizonte de lo real, alumbraría una *irrealidad* que, socavando los márgenes de la vida, nutriría de posibilidades a la realidad. Lo imaginario es el resultado de una proyección fantasiosa que, una vez solidificada, ilumina modos de reinención de la realidad, construyendo una auténtica *estetización* de la existencia”⁵. En este sentido, estetización hace referencia a las

³ Evans Dylan, (1997)

⁴ Carretero Pasín Ángel, (2005).

⁵ Ibíd.





formas y procesos que los grupos humanos emplean para acumular, ordenar, superponer, imponer, agrupar y delinear sus propias imágenes en el proceso comprensivo y explicativo de su existencia (como si se tratara de pintar un cuadro sobre la existencia de la sociedad en un tiempo específico).

Vemos así, que nuestra tradición analítica ha reducido lo imaginario a una expresión básica: lo imaginario siempre es *imagen-de* algo no real. Sin embargo, todo aquello que supone ser lo real, digamos las ideas que nos muestran los objetos tal y como son, siempre necesitarán de imágenes (ya sean habladas, escritas, pintadas o escenificadas) para hacer sus propias descripciones. En otras palabras, la racionalidad o la razón misma, recurre a las imágenes para poder hablar de la realidad como tal, siendo así que sin imágenes no hay realidad racional.⁶ Por esta razón, "...lo imaginario del que [hablamos] no es imagen *de*. Es creación incesante y esencialmente indeterminada de figuras/ formas/ imágenes, a partir de las cuales solamente puede tratarse de '*alguna cosa*'. Lo que llamamos '*realidad*' o '*racionalidad*' son obra de ello".⁷

En este marco, "*...lo imaginario* –y es así como entendemos nosotros la imaginación– es una creación incesante de imágenes significativas; es decir, imágenes con sentido⁸ social que

funcionan como soporte de nuestra realidad. Y dichas imágenes son el sustento básico gracias al cual podemos tener representaciones del mundo. Así, todo lo que tiene sentido práctico en nuestro mundo, pero más importante aún, todo lo que tiene un potencial sentido práctico encuentra su soporte en lo imaginario".⁹ No se trata, en definitiva, que lo imaginario esté depreciado por lo real, o que simplemente estén en pleno antagonismo; de hecho, tampoco se trata de que lo imaginario sea un asunto meramente distorsionante de lo real: lo imaginario es soporte de la realidad.

En otras palabras, lo que hemos planteando es que toda sociedad necesita representar su propia realidad para comprenderla, interpretarla y entenderla; y es a partir de este proceso comprensivo que las sociedades actúan sobre su mundo. Lo que la sociedad interpreta de sí misma es, en otros términos, la realidad significativa que direcciona el actuar social. Y es esto, en concreto, lo que se sostiene en los imaginarios: por eso, los imaginarios sociales son formas a partir de las cuales la sociedad se interpreta a sí misma para actuar sobre su propia realidad: sin imaginarios sociales no hay representación de la realidad; sin representación de la realidad no hay acción, y sin acción, no hay realidad. Por tal razón, eso que llamamos realidad social es obra de lo imaginario.

Desde esta perspectiva, los imaginarios sociales son un cúmulo de formas-figuras-imágenes con sentido a partir de las cuales, toda sociedad representa y se representa a sí misma; dicho en otros términos, son los recursos a partir de los cuales la sociedad explica su propia realidad. De hecho, podemos plantear, que los imaginarios sociales son los recursos desde los que toda sociedad explica su forma de organizarse. Así, "...los imaginarios sociales tienen una función primaria que se podría definir como la elaboración y distribución generalizada de instrumentos de percepción de la realidad

⁶ Pensemos, por ejemplo ¿qué haría un cardiólogo para explicar a sus pacientes algún padecimiento del corazón si no pudiera hacer uso de las imágenes propias de un corazón?, o bien, ¿no son las radiografías otra cosa que imágenes de nuestros huesos?

⁷ Castoriadis Cornelius (1989)

⁸ Afirmemos que las imágenes siempre están plagadas de sentido. Pero, ¿acaso existen '*mundos*' en donde el sin-sentido es lo que prevalece? Los sueños, por ejemplo, se nos presentan muchas veces desde imágenes que no tienen sentido. Ahora, este sin-sentido es una atribución que se da a los sueños, a partir de una realidad normalizada, y lo mismo podemos decir del inconsciente. Pero lo cierto es que, en el '*mundo*' de los sueños como en el del inconsciente, estas imágenes tienen pleno sentido. Su sentido es su propio sin-sentido.

⁹ AVANCSO (2006)

social construida como realmente existente; y proporcionan a los ciudadanos de una sociedad dada las categorías de comprensión de los fenómenos sociales.”¹⁰

Modelo Hegemónico Institucional, Hegemonía e Imaginarios Sociales Hegemónicos

Pero, ¿son los imaginarios sociales creaciones ingenuas de toda sociedad? En principio, se hace necesario plantear que los imaginarios sociales son creaciones históricas; es decir, responden a los procesos temporales de reproducción de toda sociedad. Luego, los imaginarios sociales no se conciben como producciones individuales *per se*. Al ser creaciones históricas, los significados que diseminan en la sociedad son compartidos y, en consecuencia, no son producto de la psique de individuos concretos.

Más aún, los imaginarios sociales interactúan y se interrelacionan estrechamente con la forma en la que una sociedad dada se organiza. Desde luego, cómo se organiza una sociedad es el resultado de la articulación e interdependencia de fuerzas de poder interactuando, oponiéndose e imponiéndose, en un campo político dominado por actores e instituciones políticas (grupos de presión, partidos políticos, instituciones del Estado, el Estado mismo, movimientos sociales, entidades gremiales, grupos corporativos, grupos de pertenencia, clases sociales, etc.); y por la forma en la que estos actores e instituciones producen, reproducen y distribuyen los recursos simbólicos y materiales permanentes de la sociedad. La forma que “domina” las rutas de dichas fuerzas de poder y, en consecuencia, la manera en la que se articulan dichas instituciones, la entendemos nosotros como un Modelo Hegemónico Institucional.

¹⁰ Pintos Juan-Luis (1995).

En este marco, entendemos por hegemonía “...un cuerpo de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida: nuestros sentidos y dosis de energía, las percepciones definidas que tenemos de nosotros mismos y de nuestro mundo. Es un vívido sistema de significados y valores –fundamentales y constitutivos– que en la medida en que son experimentados como prácticas parecen confirmarse recíprocamente. Por lo tanto, es un sentido de la realidad para la mayoría de las gentes de la sociedad [...]. En este marco, una hegemonía dada es siempre un proceso. Es un complejo efectivo de experiencias, relaciones y actividades que tienen límites y presiones específicas y cambiantes. Debe ser continuamente renovada, recreada, defendida y modificada.”¹¹

En esta línea, un Modelo Hegemónico Institucional es co-productor de una hegemonía, tal y como la hemos descrito nosotros. Ahora bien, cómo una sociedad representa y autorepresenta la realidad en este modelo hegemónico institucional, es lo que nosotros llamamos Imaginarios Sociales Hegemónicos. Estos serían “...los *mecanismos* por los que un determinado orden social llega a ser considerado por la gente como *algo natural* y, consiguientemente, establece la dominación social como una coacción legítima, hegemónica y aceptada”.¹² Una vez esa hegemonía opera como “algo natural”, es decir, que no se cuestiona y se entiende como una verdad efectiva, los imaginarios hegemónicos se han *institucionalizado* o instituido en una sociedad dada.

Dando un paso hacia nuestros intereses explicativos, que tienen que ver con los imaginarios hegemónicos de salud en Guatemala, entendemos que, si bien en nuestro país existen una

¹¹ Williams Raymond (2000).

¹² Pintos Juan-Luis (1995).



serie de instituciones que formalmente dan cuenta de un “sistema de salud”¹³ (Ministerio de Salud, Seguro Social, proveedores de servicios, farmacéuticas, seguros privados, instituciones formadoras de trabajadores de la salud, organizaciones no gubernamentales comunitarias, organizaciones locales-municipales, hospitales, etc.), lo que observamos es un Modelo Hegemónico de Instituciones de Salud. Dicho modelo hegemónico, ha co-construido una hegemonía propia que, a su vez, ha institucionalizado o instituido una serie de Imaginarios Hegemónicos de Salud, a partir de los cuales, la mayoría de la población representa y autorepresenta su propia realidad en términos de salud-enfermedad.

Discurso e Imaginarios Sociales Hegemónicos

La institucionalización de dichos imaginarios radica en la posibilidad que los mismos se diseminen por la sociedad en general. En otras palabras, en la medida que una gran mayoría de población asuma como verdades efectivas dichos imaginarios, entonces y sólo así, serán imaginarios hegemónicos diseminados. El mecanismo más importante a partir del cual un Modelo Hegemónico Institucional disemina sus propios imaginarios sociales es a partir de la elaboración de discursos institucionales.

Por discurso no debe entenderse la producción de cierta retórica ubicable en un lugar estático de origen, ya sea la conciencia de un individuo, grupo o una institución específica. Por discurso debe entenderse un conjunto de enunciados-imágenes que siempre hacen referencia a otros enunciados-imágenes, enmarcados por el ámbito de su producción institucional; en otras palabras, un discurso es un complejo relacional de enunciados-imágenes que se agrupan y reagrupan institucionalmente para producir una for-

ma de percibir, interpretar y narrar la realidad de la que hablan. El discurso habla y narra una realidad a partir de enunciados-imágenes.

Desde esta perspectiva, debe evitarse asumir que un discurso es algo contrapuesto a la práctica, en el sentido que entre discurso y práctica hay una brecha que se ensancha (decimos algo y hacemos otra cosa) o que se reduce (somos coherentes en nuestra práctica con lo que decimos). Un discurso es en sí mismo una práctica institucional (al decir hacemos), por esta razón su naturaleza es productiva o productora de realidad. Asumimos nosotros que un discurso no oculta, deforma, falsea o simplemente se aparta de la realidad; nuestra perspectiva, por el contrario, sitúa al discurso como medio productor de realidad, de sujetos y sentidos sociales: de manera más amplia, de imaginarios sociales.

Así, los discursos producidos por el Modelo Hegemónico Institucional de Salud antes que negar o disfrazar una realidad oculta, producen un tipo de realidad específica para actuar sobre ella a partir de sus producciones discursivas. En otras palabras, desde una perspectiva de análisis del discurso, el modelo hegemónico de salud produce un imaginario hegemónico de salud-enfermedad.

¹³ Para una definición amplia de “sistema de salud” ver: Frenk Julio, (2003)



Marco metodológico



Los imaginarios sociales: analítica del orden significativo de la realidad

Una de las primeras consideraciones que debemos hacer para emprender el proceso metodológico de comprensión y análisis de los imaginarios sociales, es que los mismos no pertenecen a una forma cuantificable de la realidad social. En otras palabras, los imaginarios sociales no son meras regularidades conductuales fácilmente observables en el actuar humano, sometibles a la cuantificación estadística. Por aparte, los imaginarios sociales son realidades de sentido, significación y subjetividad: antes de ser cuantificables, y en consecuencia explicables por sus regularidades y probabilidades estadísticas, los imaginarios sociales sólo pueden ser interpretados en sus múltiples sentidos y significados. Ahora bien, dijimos anteriormente que los mismos se diseminan en la sociedad a partir de los discursos producidos institucionalmente; en consecuencia, esos múltiples sentidos y significados son el producto de la interpretación de los discursos institucionalmente producidos.

Para profundizar más, recurramos a algunas consideraciones preliminares. Si reconocemos

que la realidad es algo más que una secuencia de hechos observables, regularizables y cuantificables, entonces debemos ampliar nuestra visión para afirmar que la realidad es compleja y heterogénea al mismo tiempo. Compleja por el hecho de que la misma está en permanente cambio; y heterogénea en tanto que en la misma se articulan una serie de fenómenos sociales de diferente naturaleza.

En esta línea, Alfonso Ortí ha reconocido tres niveles de la realidad social en la investigación: “1) nivel de los *hechos* [...] concebidos como procesos fácticos que aparecen como evidentes y que configuran el nivel manifiesto de la realidad; 2) frente al simple campo de los hechos, está la significación, entra en existencia el *universo de los discursos*, donde las significaciones no se establecen por extensión, sino referidas a sí mismas en el cuadro de un sistema de ...[enunciados] y; 3) un tercer nivel en el que nos encontramos con el *reino de las motivaciones*. Serían las fuerzas motoras, pulsiones y deseos, que responden al porqué de la interacción social; es decir la intencionalidad y el sentido que configuran las acciones sociales”¹⁴.

¹⁴ Ortí, Alfonso (1995)





Siguiendo la línea planteada por AVANCSO,¹⁵ asumimos que el primer nivel, el de los hechos,¹⁶ es el campo de lo que acontece y se hace en una gama de procesos fácticos articulados a ciertas regularidades y causalidades. Podemos señalar entre otras cosas, “*las variables socio-demográficas* (edad, nivel económico, nivel educativo, estado civil, etc.); *las condiciones físicas y organizativas* de los espacios donde se desarrolla la acción (condiciones de vivienda, paisaje urbanístico, formas de organizar espacios físicos); *los objetos o ‘cosas’* con los que cuentan los individuos (recursos económicos, objetos materiales de todo tipo); y los comportamientos que se realizan y manifiestan en todos los órdenes de la vida cotidiana (consumo de alcohol, protestas vecinales, lectura de prensa, tiempo que dedica a ver televisión, comportamientos xenófobos, etc.).¹⁷

El segundo nivel, el de los discursos, es el campo de “*lo que se dice, se expresa o significa*” por la vía discursiva. Hablamos del orden de la enunciación, o dicho más propiamente, el nivel de los discursos. Sin olvidar, desde luego, que todo lo que se dice, expresa o significa es siempre referido a “algo”, que no puede ser otra cosa que los “actos humanos”, la vida social y lo que le es pertinente. El tercer nivel, el de las motivaciones, es el campo del “*porqué se dice lo que se dice*” y “*porqué se hace lo que se hace*”, es el nivel del *sentido*, la *intencionalidad* y la *representación*. Hablamos de todo aquello que motiva las acciones sociales: deseos, seducciones, alienaciones, intereses, pulsiones, esperanzas y utopías, etc. Es el nivel más profundo del actuar humano, de la acción social, es lo que le *da* sentido a las acciones sociales.

¹⁵ AVANCSO (2006).

¹⁶ Debe entenderse por *hecho social*, lo que Durkheim define como las formas de obrar, pensar y sentir exteriores al individuo, es decir, que le vienen impuestas desde afuera, y en ellas no existe ninguna huella o repercusión subjetiva. Ver: Durkheim, Emilie (1999).

¹⁷ RUBIO, Ma. José y VARAS, Jesús (1997).

Ahora bien, de estos tres “niveles” de la realidad social, podemos distinguir más específicamente, digámoslo así, dos “órdenes” diferentes de la realidad: uno “*fáctico y manifiesto*”; y otro fundamentalmente “*significativo*”. El nivel 1 (hechos) responde a ese orden de la realidad que hemos denominado “*fáctico*”; y el nivel 2 (discursos) y 3 (motivaciones) responden realmente al orden de la realidad que hemos llamado “*significativo*”, que para ser más precisos, es el orden de los imaginarios sociales. Ese cúmulo de formas-figuras-imágenes con sentido, se encuentra situado en el orden significativo de la realidad social, y es precisamente ahí donde se sitúa el análisis. En otras palabras, analizar los imaginarios sociales supone adentrarse en las lógicas del orden significativo de la realidad social, dejando entre paréntesis el orden fáctico y manifiesto de la misma.

Mirada cualitativa de los fenómenos y análisis discursivo

En términos metodológicos, es el análisis cualitativo de investigación el que permite dicho abordaje. Para los intereses de nuestra investigación cualitativa, hemos partido de una ruta analítica propia del análisis crítico del discurso, planteándonos como objetivo analítico: a) indagar qué imaginarios sociales hegemónicos de salud-enfermedad se están proyectando e instituyendo en Guatemala; b) seguido de lo anterior, indagar qué tipo de sujeto enfermo-sano se está produciendo desde la “mirada” Institucional del Modelo Hegemónico de Salud guatemalteco; y así, finalmente, c) aproximarnos a las posibles formas en las que este modelo puede estar actuando sobre este sujeto enfermo-sano.

Para adentrarnos en los imaginarios sociales hegemónicos que el Modelo Hegemónico Institucional de Salud está instituyendo, planteamos la siguiente ruta analítica: 1) se parte de una exploración lo más amplia posible

de “fuentes de discurso institucional” en donde podamos aprehender los enunciados-imágenes más relevantes y recurrentes que este Modelo Hegemónico Institucional de salud está produciendo sobre los núcleos temáticos salud-enfermedad-población; 2) sistematizar los enunciados-imágenes recurrentes sobre los núcleos temáticos salud-enfermedad-población y agruparlos en base a “campos de sentido”. Los campos de sentido son “espacios” de convergencia de los enunciados (ej.: campos éticos, técnicos, económicos, etc.) que van adquiriendo una explicación semi-autónoma de los núcleos temáticos; 3) desplegar los “campos de sentido” más relevantes a partir de los cuales el modelo hegemónico de salud está construyendo su propia “mirada” institucional sobre la salud-enfermedad-población (desarrollar una explicación propia de cada campo de sentido); y 4) nuestro desarrollo analítico profundizará en las múltiples referencias o relaciones referenciales que se establecen entre los campos de sentido antes desplegados (ej.: ¿qué relaciones pueden haber entre un campo de sentido ético, un campo de sentido económico y un campo de sentido técnico sobre la salud-enfermedad-población?).

Desde una perspectiva técnica, el proceso consiste en: 1) se seleccionan las instituciones más relevantes del modelo hegemónico y se construye un “archivo” de textos donde podamos aprehender los discursos institucionales del mismo; 2) rastrear las recurrencias discursivas en dichos textos (en su conjunto). Esto nos permitirá llegar al nivel de “saturación discursiva” (las recurrencias son sinónimo de saturación. Esta no es más que la evidencia discursiva de que en el modelo se repite lo mismo una y otra vez); 3) las recurrencias dan cuenta de “campos de sentido”, que por sí mismos deben ser explicados e interpretados pero en referencia al resto. En otras palabras, los campos de sentido se comprenden del todo sólo en relación con el resto; 4) llegamos

así, a un esquema general que, en términos gráficos, se expresa como una serie de gráficas analíticas¹⁸ en las que se trata de explicar la mutua interacción de los campos de sentido; y 5) el conjunto de gráficas analíticas es lo que explica el Imaginario Hegemónico. Lo procedente es la narración de las gráficas analíticas (ver anexos) que, en sentido estricto, es la narración del Imaginario Hegemónico de Salud.

Nuestros criterios técnicos de investigación cualitativa

La escogencia de las instituciones para nuestra indagación discursiva se hizo a partir de los siguientes criterios de selección: a) la influencia histórica y contemporánea de estas instituciones sobre las definiciones de los núcleos temáticos salud-enfermedad-población en el Modelo Hegemónico Institucional de Salud guatemalteco; b) la relevancia política que estas instituciones tienen en materia de definir el curso de las políticas de salud en nuestro país; y c) la oportunidad que estas instituciones permiten para observar el grado de diseminación discursiva sobre los ejes temáticos salud-enfermedad-población en el marco del Modelo Hegemónico Institucional.

En lo que corresponde a los documentos o fuentes de discurso¹⁹ con las que construimos nuestro archivo, los criterios básicos fueron los siguientes: a) representatividad pública en torno a las posiciones de las distintas instituciones respecto de su orientación sobre los ejes temáticos a investigar; b) accesibilidad, representatividad oficial y difusión de estos documentos al público en general (documentos oficiales); y c) documentos o textos discursivos que reflejen las racionalidades propias del actuar de dichas instituciones en el Modelo Hegemónico Institucional de Salud en Guatemala.

¹⁸ Ver anexos.

¹⁹ Los textos analizados son mencionados en la bibliografía citada. El grueso de los documentos revisados aparecen en la bibliografía utilizada al final del documento.





Debe puntualizarse que nos encontramos hablando de “textos” no necesariamente escritos (un texto puede ser un informe, una cartilla de salud, una página web, una entrevista individual o una entrevista grupal, un anuncio de prensa o de televisión, etc.); además, estamos enfocados en la calidad de la información que aportan, más que su cantidad. Esto por el hecho de que, en la investigación cualitativa, el criterio de validez no es la muestra representativa de documentos cuantificados, sino la recurrencia y saturación del discurso. En otras palabras, cuando descubrimos recurrencias y saturación (repetición de lo mismo) no se hace necesario seguir indagando en la “pila” de documentos acumulados o de entrevistas realizadas.

Para esta investigación se revisaron textos de las siguiente instituciones: 1) Públicas: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia; 2) Privadas no Lucrativas: Médicos Descalzos; 3) Privadas Lucrativas: ASOFARMA, ASINFARMA, Corporación de Hospitales, otros hospitales privados; 4) Cooperación Internacional: Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Naciones Unidas (UN), Organización Panamericana de la Salud (OPS); 5) Formadores de trabajadores de salud: universidades privadas y estatal (Universidad Mariano Gálvez (UMG), Universidad Rafael Landívar (URL), Universidad Francisco Marroquín (UFM), Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC)); 6) Organizaciones sociales: sindicatos de salud; 7) Organismos del Estado: Congreso de la República (Comisión de Salud), Código de Salud; 8) Organizaciones gremiales: Plan Visión de País, CACIF. Se revisaron un aproximado de 20 entrevistas de las cuales, por el nivel de calidad y “representatividad discursiva”, trabajamos analíticamente a fondo 7 de ellas.²⁰

La relevancia de todos estos datos técnicos es mostrar nuestras fuentes de referencia y análisis, así como nuestra propia ruta analítica: son elementos importantes a tomar en cuenta. Sin embargo, no sustituyen ni dan cuenta de la trama narrativa entretejida por los discursos institucionales y los imaginarios que vehiculan en la sociedad. Los hallazgos de investigación, que a continuación se presentan, son precisamente eso: la trama narrativa de los discursos producidos por el Modelo Hegemónico Institucional de Salud en Guatemala. En dicha trama adquiere coherencia la racionalidad del Modelo y de los Imaginarios Sociales Hegemónicos: la trama creativa de lo imaginario de salud en Guatemala. Es en esta trama narrativa que adquieren importancia los “datos” técnicos y no al revés.

²⁰ Por razones de confidencialidad omitimos los nombres de nuestros informantes. En los anexos aparece la referencia del sector al que pertenecen estos.

Hallazgos de la investigación



La condena pública de lo público: el eterno retorno al riesgo del caos

Con el inicio y desarrollo de las múltiples reformas de salud instauradas en América Latina, los marcos analíticos predominantes a partir de los que interpretamos los sistemas de salud, o dicho en nuestros términos, los Modelos Hegemónicos Institucionales de Salud²¹ de nuestras regiones, han sido contruidos por el debate entre aquellos que defienden un “Estado mínimo” y los que defienden un “Estado fuerte”. Como consecuencia, nuestras formas de entender la salud y la enfermedad han quedado delineadas por la posición que asumimos en la polaridad fundante de lo público y lo privado. Algo resulta incuestionable, desde el auge y posterior predominio del modelo político económico neoliberal en la región, las instituciones públicas han sido desgastadas a favor de una multiplicidad de instituciones privadas que han sustituido las funciones propias de los Estados nacionales²².

En medio de esta aguda polarización, y partiendo de la evidente pérdida de las tradicionales funciones, deberes y obligaciones políticas y sociales de los Estados latinoamericanos, resultaría aventurado plantear que la salud sigue siendo pública. Sin embargo, atrevámonos a

plantearlo: la salud sigue siendo pública ¿En qué sentido? Si sigue siéndolo no es en razón de la efectiva existencia de instituciones legales que garantizan la salud a toda la población guatemalteca, sino en razón de que es a partir de lo público que se ha construido un Imaginario Hegemónico de Salud en Guatemala: lo público sigue siendo el referente privilegiado a partir del cual se construyen imaginarios hegemónicos sobre la salud. Ya sea para defenderlo o desgastarlo, para apuntar sus ausencias o presencias, los imaginarios sociales de salud se han construido y reconstruido en referencia a lo público: pensemos lo público entonces, como un espejo a partir del cual se proyectan las imágenes de la salud en nuestro país.

²¹ Debemos aclarar que la mayoría de textos y documentos institucionales revisados por nosotros hablan siempre de “sistema de salud”. Nosotros utilizamos el término “Modelo Hegemónico Institucional de Salud” para referirnos a la forma en la que las instituciones del sistema de salud se articulan y actúan. Así, cuando usamos el término sistema de salud, lo hacemos en referencia a lo que los textos nos dicen o para hablar de las instituciones (públicas o privadas) por sí mismas; sin embargo, nuestra orientación analítica siempre estará pensando en estas instituciones, en su articulación y orientación, es decir, como Modelo Hegemónico Institucional de Salud (ver marco teórico).

²² Para una visión general de las reformas de salud en América Latina ver: Laurel Asa Cristina, (1997); Fleury Sonia, *Modelos de Reforma de la Salud en América Latina*, en: Spinelli Hugo (comp.), (2004); y de la misma autora: Fleury Sonia, (1997).





Esto de por sí, nos plantea un punto de debate importante: iniciar esta argumentación a partir de lo público nos ubica de entrada en la vieja polémica entre lo público y lo privado. En otras palabras, nos obliga –aparentemente– a reproducir esta polaridad. Sin embargo, entre estos dos polos existe una “zona de porosidad” muy amplia todavía desconocida. Y este es el punto importante: eso desconocido –esa zona porosa– está fuera del campo de visión de la sociedad y, en consecuencia, no es relevante en los imaginarios sociales. De manera amplia, esto sólo se logra si el imaginario hegemónico es polar: la polaridad es una construcción imaginaria hegemónica; el imaginario hegemónico es polar. Iniciemos diciendo entonces, que el imaginario hegemónico utiliza lo público como referente desde una perspectiva polarizante.

Ahora bien, es importante reconocer, primero, que cada extremo de la polaridad es una generalización totalizadora construida a favor de mantener dicha polaridad (por eso no tenemos acceso a la zona porosa entre lo público y lo privado); segundo, que esta estrategia hegemónica trasciende el sistema de salud, abarcando la generalidad de las instituciones ligadas con eso que denominamos “desarrollo social” (educación, seguridad, banca, justicia, empleo, etc.); y tercero, esta “invención imaginaria” no es producto exclusivo de nuestra sociedad nacional, antes bien, acá se entretajan referentes impuestos por “instancias transnacionales” como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, así como referentes ideológicos que emanan de espacios de convergencia como el llamado “Consenso de Washington”. Desde luego, y por encima del sistema de salud y nuestra nación, es importante decir que los imaginarios hegemónicos sobre salud/enfermedad –aquí y ahora– están enmarcados en dicha polaridad. Entonces, antes de tomar una opción por uno de los polos, sería mejor preguntarnos ¿cómo se

está construyendo dicha polaridad en función de definir a la salud en Guatemala? ¿Qué imágenes son éstas que se proyectan desde y sobre lo público a partir de las cuales se está imaginado la salud en nuestra sociedad?

Una idea fuertemente instituida por el Modelo Hegemónico Institucional de Salud es la que plantea que, para el caso de las instituciones públicas “...los recursos por definición son escasos”. En otras palabras, no importa que se haga y cuánto se invierta, los recursos nunca serán suficientes para el funcionamiento óptimo de las instituciones de salud. Este juicio, desde luego, puede traducirse como un punto de inflexión: no tiene sentido pensar que las instituciones serán mejores a partir de inyectarles más recursos. Es decir, no está instituido en el imaginario social el referente de una institucionalidad con muchos recursos; o lo que es lo mismo, no está instituida la abundancia en lo público, sino la escasez.

De la mano de esta representación, la institucionalidad pública de salud está inscrita en el imaginario hegemónico como incapaz de administrar y distribuir recursos; peor aún, queda fuertemente marcada la idea de la corrupción. Dicho de otro modo, ésta es una institucionalidad sin racionalidad económica. El aspecto referencial de este juicio es el que dictamina que sólo las instituciones con alta capacidad gerencial poseen una racionalidad económica efectiva: “Una de las debilidades de nuestro sistema de salud es, que no hay una claridad del gerenciamiento que necesita”;²³ por eso “...debemos hacer una gestión eficiente de los recursos; luchar frontalmente contra la corrupción, contra la ineficiencia y el desperdicio de los recursos, porque *si los recursos por definición son escasos y son limitados*; y encima de todo no los administramos bien o se sustraen recursos de salud, peor aún”.²⁴ El sistema debe

²³ Entrevista, Informante clave No. 1.

²⁴ Entrevista, Informante clave No. 2.

administrar y gerenciar la escasez, sólo así será económicamente racional.

Lo anterior ilustra que, desde la perspectiva de los imaginarios sociales hegemónicos, el verdadero problema no es la cantidad de recursos destinados a las instituciones de salud –este es un problema secundario– sino la administración eficiente de los recursos limitados que ya tiene y que siempre tendrá. De hecho, destinar más recursos a estas instituciones es económicamente irracional. Podemos nosotros ver así, que aquellas propuestas que piensan un Estado fortalecido con recursos rayan, para el imaginario hegemónico, en la exterioridad de lo racional y, en consecuencia, de lo realmente posible: son propuestas dictadas por la irracionalidad, por la locura en sentido estricto.

Otra característica muy especial, fuertemente instituida en este imaginario hegemónico, es la que proyecta un sistema en el que intervienen una gran cantidad de actores sin funciones claramente definidas. Como consecuencia de lo anterior, se percibe un sistema de salud fragmentado, descoordinado, disperso, con duplicidad de esfuerzos: “...el modelo actual es una colección de diferentes actores, cada quien llenando una parte, no necesariamente con funciones bien definidas y a veces con traslape”.²⁵ En otros términos, todos hacen de todo, y no se sabe bien quién es quién. Se rompen las líneas que demarcan y delimitan la naturaleza e identidad de los actores involucrados en la salud: todo o casi todo es permitido, imposibilitando de esa manera el buen cumplimiento de sus propios objetivos. De esta cuenta, el sistema y sus instituciones quedan significados por una simbología propia de la anarquía: “Nuestro sistema es muy fragmentado, con poca relación, muy poca coordinación, y esto hace que el país esté duplicando esfuerzos y recursos para atender a la misma población”.²⁶

²⁵ Entrevista, Informante clave No. 3.

²⁶ Entrevista, Informante clave No. 4.

²⁷ Entrevista, Informante clave No. 4.

Ahora bien, no sólo no atiende bien a la población –término siempre ambiguo– además, atiende sólo a unos cuantos y excluye a la mayoría: “este es un sistema sesgado hacia un sector de la población que tiene recursos de movilización y recursos culturales para ser atendidos por el mismo, es un sistema excluyente e inequitativo, y que está beneficiando, con los escasos recursos que tiene, a un segmento de la población con capacidad de pago”.²⁷ En esta misma línea, se describe un sistema irrespetuoso de la diversidad cultural, un sistema homogéneo que no responde a las necesidades de la mayoría; y cuando lo hace, es desde una perspectiva sesgada. Este sesgo, en definitiva, es el resultado de una institucionalidad que no conoce la realidad de su país: “El ministerio debería ser la entidad que conoce la realidad nacional en términos de salud, realidad que debe ser conocida desde las localidades. El ministerio debe ser el que más conoce y es el que más desconoce.”²⁸ Las instituciones ignoran la realidad de su país, realidad que debe ser vista desde las localidades y las especificidades poblacionales y culturales que conforman la nación. En otras palabras, el Estado es el ojo que debe ver y conocer todo; en cambio, tiene un conocimiento y una mirada de la realidad reducida (miopía). En el imaginario esta idea de un Estado miope queda amalgamada con la de un Estado centralizado.

En síntesis, bien podríamos decir que en este imaginario las instituciones de salud pública deambulan en un universo desordenado y sin rumbo, donde no se sabe bien quién es quién y las cosas no tienen su lugar definido; donde no hay dirección, regulación, ni disciplina y, para añadir un pequeño toque extra, el tiempo está significado por el corto plazo: “...este es un sistema cortoplacista, es un sistema que no tiene continuidad”.²⁹ El sistema, en otros términos, no proyecta la seguridad propia de

²⁸ Entrevista, Informante clave No. 5.

²⁹ Entrevista, Informante clave No. 4.





la continuidad del tiempo largo: el destino claramente delineado por la seguridad del tiempo en el que se sabe que va a ocurrir: lo predecible. Así, las instituciones de salud quedan inmersas en el riesgo pleno. Todo lo que hay en las instituciones de salud pública se vive como RIESGO.

Al unir todas estas pequeñas piezas hasta ahora descritas, pronto nos damos cuenta que ese universo en el que transitan estas instituciones de salud no es otro que el CAOS. Como uno de sus rasgos más fuertes, el sistema de salud queda significado en el imaginario social hegemónico como caos, como lo más caótico. Profundizando más en este imaginario hegemónico ¿qué ocurre cuando se instituye en la sociedad en general el caos como sentido de las instituciones? En el caos resulta inevitable perderse o salirse del rumbo y en consecuencia, dejar de ser uno mismo. Hablando en términos de salud, la más radical forma de dejar de ser uno mismo es la muerte: el caos en la salud es sinónimo de muerte. El riesgo, significado en este imaginario, no es un mero asunto de malos servicios de salud, o si son gratuitos o no: se trata del riesgo de morir.

Un rasgo común a todas las sociedades es proyectar sus posibilidades de reproducción a partir del ORDEN. Es decir, ninguna sociedad o cultura tiene en el horizonte de su propia reproducción un estado caótico; de hecho, la superación de este estado es precondition de su desarrollo. Así, para eliminar el riesgo intrínseco del caos, se hace necesario ordenarlo. Y para conseguir esto siempre se requiere o se apela a una autoridad capaz de dirigir el rumbo de las cosas, de ubicar y definir las funciones de cada quien: se requiere de una institución rectora de la salud (¿Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social?).

Pero, pensemos lo siguiente: en el imaginario social hegemónico, las instituciones de salud –no se olvide que estamos hablando de las

públicas– no poseen recursos, no pueden proveer nada, no tiene normas claras, no están en capacidad de ejercer disciplina, no pueden cuidar de la población, etc. ¿Qué nos está diciendo esto? En sentido estricto nos dice que la institucionalidad pública no es una AUTORIDAD EFECTIVA, no es ese *pater familias*³⁰ que determina quién es quién y qué hace cada uno (¿acaso no es esta la razón fundamental por la que la población vive un sentimiento de abandono y orfandad ante lo público?), en consecuencia y por definición, en el imaginario social hegemónico de salud las instituciones públicas no pueden ordenar el caos: no pueden transmitir a la sociedad sentimientos de resguardo y seguridad propios de lo predecible deseado: la vida y la salud.

Así, en este imaginario queda delineada una única ruta de escape: la huída de lo público. Ubicándose lo privado –en toda su magnitud– como la gran respuesta: lo público se ha desautorizado y lo privado se ubica como la alternativa. Para el imaginario hegemónico, en realidad, no hay alternativas a lo público, excepto lo privado. De aquí lo importante de construir polaridades generalizadoras, en tanto que las mismas imponen a la sociedad esta posibilidad como referente: lo privado. Desde luego, siempre habrán “otras alternativas” realmente existentes, algunas con rasgos dramáticos o con patrones socioculturales diversos como la autoatención; sin embargo, lo privado se impone como la alternativa válida: lo privado se proyecta con este estatuto de verdad, dejando de lado o marginalizando cualquier otra posibilidad.

³⁰ Desde una perspectiva psicoanalítica, si se nos permite el abuso, esto no es otra cosa que la muerte simbólica del padre. A viva voz: “...las ONG y otras organizaciones juegan un papel, cuando el Estado deja de jugar su propio papel. No estoy diciendo con esto que el Estado deba hacerlo todo, que sea el papá de todos y nos provea de todo, porque eso tampoco funcionó, si no, que lo diga la caída del muro de Berlín”, entrevista Informante clave No. 3.

En este marco, el eufemismo de las instituciones de salud pública queda plasmado de la siguiente forma: “El Ministerio de Salud tiene a su cargo la rectoría del sector salud, entendiendo esta rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las instituciones de salud en el nivel nacional. El Ministerio de Salud tendrá, asimismo, la función de formular, organizar y dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población”.³¹

El deseo de lo privado: la restitución del orden por la inversión de los valores de lo público

No hay alternativas válidas. Salir del riesgo pleno que proyectan las instituciones públicas, buscar posibles alternativas aunque sólo exista una: todos los caminos siempre llevan a lo privado. Esta es la estrategia política fundamental del Modelo Hegemónico Institucional de Salud: lo privado es imagen de lo público, pero como imagen invertida; dicho con otras palabras, lo privado es la inversión de los valores de lo público. Es así como se proyecta un imaginario hegemónico tendiente a la salud en su significación privada, como antítesis de las instituciones de salud pública: “...Centro Médico se ha convertido en un complejo de salud, en el cual se puede encontrar: medicina preventiva a través de su Programa de Salud Prevenga, medicina curativa y próximamente el primer Centro Privado de Medicina Física y Rehabilitación en Guatemala”.³² Lo privado se proyecta como integral e integrado en el imaginario hegemónico.

En esa misma línea, las instituciones privadas de salud se proyectan como espacios en los que las personas tienen acceso a servicios basados en una alta calidad tecnológica y científica; lugares donde la salud es el resultado de

procesos en los que se combinan la innovación e investigación tecnológica en servicios de salud: “...existe por parte de las autoridades del Sanatorio, una preocupación en mantener programas de mejora continua, aplicando los conocimientos científicos más actuales, utilizando lo último en tecnología disponible [...]; nuestro sanatorio cuenta con personal altamente capacitado y calificado, con un *staff* de 600 médicos especialistas, lo último en tecnología avanzada y capacidad para 115 encamamientos en habitaciones privadas o semiprivadas, garantizando a cada paciente, de manera oportuna la atención específicamente indicada de acuerdo con su enfermedad”.³³ Los servicios de salud privados quedan fijados en el imaginario hegemónico como avanzados, actualizados, integrales e integrados: en otras palabras, lo modernizado en la salud es propio de lo privado.

Una idea fundamental en esta proyección social se refiere al cuidado de la persona: el trato, la atención, la disponibilidad, el buen servicio y la calidad del mismo, son parte de esta oferta social de valores que en lo fundamental, se sitúan a contrapelo de los servicios públicos: “Nuestra misión: proveer servicios especializados e integrados de medicina preventiva y curativa, a través de un trato personalizado y humano, fundamentado en la más alta calidad científica y tecnológica en el campo de la salud”³⁴; “... nuestra visión: consolidarnos como el líder en el ramo de servicios médicos con un amplio sistema de servicios de calidad, excelencia académica, brindando atención personalizada a toda hora, que le permita proporcionar a los pacientes en general los mejores servicios de

³³ Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, página web.

³⁴ Centro Médico, página web: “Centro Médico es el primer hospital privado en Guatemala, nace en 1948 gracias a la *iniciativa* de los doctores Gerardo Alvarado Rubio, Francisco Bauer Paíz, José Fajardo, Rodolfo Herrera Llerandi, Antonio Medrano Nájera, quienes se dieron cuenta de la necesidad que tenía el país de contar con un centro médico que brindara atención eficiente, actualizada y personalizada” (subrayado nuestro).

³¹ Código de Salud.

³² Centro Médico, página web.





salud que eleven su calidad de vida”.³⁵ Todo al servicio de la atención y cuidado humano de los pacientes: se afirma así una profunda preocupación por la persona.

Debe quedar claro, que para que una institucionalidad que ofrece esta magnitud –cuantitativa y cualitativa– de servicios de salud sea funcional, debe ser eficiente, bien administrada y con una excelente gerencia; sin olvidar, desde luego, que en la institucionalidad privada queda excluida la posibilidad de la corrupción, entendida como la apropiación indebida de fondos. Lo contrario sería lo público. De esta cuenta, las instituciones privadas de salud se significan o instituyen en el imaginario social como aquéllas que poseen una buena o aceptable racionalidad económica, con una honestidad, al menos de manera generalizada, “comprobable”. Incluso cuando esto pueda ser discutible, en el imaginario hegemónico de salud siempre será peor terminar en una institución de salud pública.

En síntesis, en el imaginario social queda instituido el sentido privado de salud como aquel en el que existe una buena y efectiva atención-preocupación por la persona; donde los servicios son los más avanzados, innovadores y modernizados científica y tecnológicamente hablando; donde los individuos pueden encontrar una atención integral en tanto prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad; y como conjunción de todo lo anterior, las instituciones privadas de salud son significadas como eficientes y de buena calidad. Así, en lo privado se percibe un orden efectivo de las cosas, en el que todo funciona y cada cosa está en su lugar.

Y es ésta la fuerza simbólica de lo privado: en lo privado se ha controlado el riesgo pleno que significa y engloba, en el orden imaginario, a lo público: el caos.³⁶ Así, en las instituciones

privadas de salud se perciben más cuidados, recursos, servicios y normas de salud. Hay más autoridades responsables que guían los derroteros de la integralidad y la integración de los servicios: en otras palabras, en el imaginario hegemónico de salud, lo privado se vive como ORDEN. Este orden aleja el riesgo de las personas y en consecuencia, en lo privado se buscan o perciben sentimientos de seguridad, mismos que podríamos traducir de la siguiente manera: en lo privado alguien se preocupa por mí.

Lo privado ordena el “caos” simbólico de lo público y, en términos de salud, genera un profundo referente aspiracional: lo privado quiere imprimir DESEO.³⁷ Digamos entonces, que en el imaginario hegemónico de salud, lo privado se proyecta como una vivencia y experiencia que se desea. Incluso los grupos sociales que no cuentan con capital suficiente para pagar servicios privados de salud, viven la experiencia del deseo de lo privado.³⁸ La fórmula básica de construcción de este imaginario se fundamenta, creemos nosotros, en el rechazo de lo público por la vía de una amplia proyección de deseo aspiracional de lo privado: por eso lo privado invierte los valores de lo público, no para que todos accedan a sus servicios, sino para que todos quieran acceder a

³⁶ No quiere decir que en lo privado la posibilidad de la muerte ya no exista; lo que quiere decir es, al menos desde cómo la sociedad pueda estar representando estas instituciones, que en lo privado la muerte es la última o la “menos probable” de las posibilidades, a diferencia de lo público, en donde la muerte es una de las posibilidades más sentidas. Debe tenerse en cuenta, claro está, que este argumento no puede entenderse desde una perspectiva reducida a lo biológico, sino como algo que opera en los imaginarios sociales.

³⁷ Desde otra perspectiva, y quizá con otras conclusiones ver: Galende Emiliano (2004).

³⁸ Según la OPS, “...la población de menores ingresos recurre principalmente en la automedicación, lo que se refleja en un 40% del gasto destinado a productos médicos y farmacéuticos”, Organización Panamericana de la Salud, *Perfil del sistema de servicios de salud de Guatemala*, (2001). ¿No es esto sintomático de una población que aspira y desea curar sus enfermedades a partir de los servicios que las instituciones privadas de salud brindan?

³⁵ Centro Médico Militar, página web.

los mismos, aunque no puedan pagarlos. Desde esta perspectiva, es decir, del imaginario hegemónico de salud, todos estamos integrados a lo privado por la vía del deseo y la aspiración: “LANCASCO ¡Por la Salud...Que es Vida!”.³⁹ Esta es la otra generalización de la polaridad: lo privado queda fijado como el polo positivo, y lo público queda como el polo negativo. En esta línea, lo privado no es una opción entre otras, es la única opción con estatuto de verdad y validez (el polo opuesto de muerte es vida y vida es LANCASCO).

Desde luego, no son todos los habitantes de Guatemala los que pueden acceder a servicios privados de salud y muchos de los que sí pueden, no están satisfechos con ellos. Algunos incluso pierden todo su capital y sus bienes por acceder a servicios privados. Además, no todos los servicios privados de salud son iguales ni de la misma calidad. ¿A dónde queremos llegar con esto? Lo privado trata de imponerse e imprimirse como deseo, pero no siempre se consigue ni se satisface: en otras palabras, en una sociedad como la nuestra, el deseo insatisfecho de lo privado genera FRUSTRACIÓN. Algunos satisfacen su deseo, el resto termina en la frustración. Y otros, si no es que la mayoría, terminan en la opción más cruda de todas: el abandono y la muerte. Esta es la dialéctica en la que viven y se imprimen los imaginarios hegemónicos de salud en Guatemala: Deseo-Frustración/Muerte-Deseo.

La “participación” de la población en la salud: de la responsabilidad colectiva a la auto-responsabilidad privada de los individuos solitarios

Hemos quedado cautivos y cautivados por lo privado. Este es el imaginario propio del Modelo Hegemónico Institucional respecto de la salud y la enfermedad en Guatemala: este es su sentido hegemónico. Desde luego, esto no

explica todo lo referido a la salud. Un elemento transversal a todos los actores involucrados en el “sector” es el referido a la participación de la población: “...un actor directo muy importante, para pensar un mejor sistema de salud es la población; porque finalmente es la que recibe el servicio, y si ella se involucrara podríamos tener mejores decisiones del servicio que se necesita y la colaboración de ellos.”.⁴⁰ No existe ninguna institución o persona que niegue la necesidad de involucrar a las personas y comunidades en los servicios de salud: “Yo soñaría con dos grandes áreas a ser consideradas: el área social y la que tradicionalmente se llama salud. En lo social, yo miraría la organización comunitaria pues debemos tener en cuenta el contexto en el que estamos inmersos. La salud debe partir desde la comunidad.”⁴¹

Lo importante a señalar es que, en el imaginario hegemónico, este ambiguo concepto de población se identifica fuertemente con la comunidad; en otras palabras, comunidad-población juegan una relación fundamental en los servicios de salud. Desde luego, su sentido es el siguiente: “...yo creo en la capacidad de la población”. Es un asunto de creencia en capacidades propias de las comunidades. Pero ¿qué es lo relevante de esto? Si lo público es ineficiente e incapaz, entonces se debe confiar en la capacidad de las comunidades. Bajo esta perspectiva, el Estado debe garantizar sólo lo básico.

En este marco, “...si la atención no depende del hospital ni del centro que está allá, sino que es algo que depende de la misma comunidad y donde la comunidad va a decir: estoy contenta con el servicio, no estoy contenta con el servicio y esto debe mejorar, en esa medida los servicios mejorarían. Uno se puede imaginar un sistema en donde el costo se divide de manera general, pero la administración del día a día depende de la retroalimentación que reciba

³⁹ LANCASCO, página web.

⁴⁰ Entrevista, Informante clave No. 1.

⁴¹ Entrevista, Informante clave No. 3.





de la comunidad misma”.⁴² Se hace necesaria la participación de la población-comunidad en los servicios y administración de los mismos para mejorar su calidad; y al Estado le corresponde dar lo básico. Si suponemos que lo básico es lo elemental de un todo, corresponde a la comunidad asumir la responsabilidad del resto, lo no básico ni elemental, es decir, lo más complejo y desplegado: (casi) todo.

Confiar en la capacidad de la población es la mejor respuesta para la mejora de servicios. Veamos, “...el Estado debe proporcionar ciertas cosas básicas y el *esfuerzo de la gente* hace que hayan diferencias en lo que cada quien llegue a tener en la vida. No es sólo el Estado, debe haber una parte de desarrollo y *estímulo individual*, porque si no existe esa parte el individuo no contribuye”.⁴³ La capacidad de la comunidad, juntamente con el esfuerzo de las personas y el estímulo individual llevarán a los servicios de salud a una solución efectiva.

Esta es una imagen proyectiva de la realidad, y como tal, lo que nos muestra es un estado ideal de lo “realmente existente”. Desentrañando estos enunciados se muestra, en el imaginario hegemónico, la idea de una realidad en la que la gente y los individuos no se esfuerzan ni tienen estímulos propios e individuales. Son capaces, efectivamente, pero sin estímulos y sin esfuerzo. En consecuencia, lo realmente existente es un cúmulo de comunidades acostumbradas a no resolver por sí mismas sus propios problemas. Así, detrás de estas “buenas intenciones” de participación del pueblo, emerge un imaginario en el que subyace la idea de comunidades conformistas, sin esfuerzo propio e individual y, en consecuencia, desperdiciando sus capacidades elementales para garantizar la salud. En esta línea, la salud queda significada en el

imaginario hegemónico como un producto del esfuerzo y el estímulo individual.

Lo propio es preguntarnos cómo puede crearse este estímulo: “...tiene que haber un compromiso de la gente y que *la gente pague plata*, porque si todo es regalado la gente no valora lo que tiene”.⁴⁴ El que paga valora lo que tiene; en otras palabras, sólo el valor de cambio monetizado permite valorar los servicios de salud. Así, este cúmulo de valores de participación de la población nos está mostrando un universo simbólico propio de la AUTORESPONSABILIDAD INDIVIDUAL MONETIZADA. En otras palabras, en el imaginario hegemónico de salud, la participación de la población-comunidad está significada por la autoresponsabilidad y el compromiso privado. Lo relevante de esto es, en este imaginario social, que la participación de la población poco tiene que ver con una idea de ciudadanía, cuya vinculación con la institucionalidad es fundamentalmente política y con base en derechos; antes bien, insistamos en esto, retrata una participación autoresponsable: el individuo solitario y la comunidad –como una mera sumatoria de individuos– son responsables de su propia salud. En este sentido, lo básico que debe garantizar el Estado es sinónimo de mínimo, y para el caso de las comunidades en Guatemala, de Nada: lo privado es privación.

Pero, ¿es suficiente pagar para valorar los servicios de salud o la salud misma?: “Cuando uno trabaja a nivel comunitario, mira las capacidades que tienen las personas, lo que pasa es que *hay que ayudarlos* a organizarse y a participar estratégicamente, por eso hay que facilitarles los espacios [...]. A veces se tiene la tendencia de hacer campañas médicas, pero la campaña médica está demostrado que no tiene impacto; al contrario, llega mucha gente que piensa que como ahí está el doctor, pues hay que ir a que lo mire... y tienen razón, porque como *nunca han visto a un médico* dicen, tengo

⁴² Entrevista, Informante clave No. 3.

⁴³ Entrevista, Informante clave No. 3.

⁴⁴ Entrevista, Informante clave No. 3.

2 ó 3 años con un dolor de cabeza y entonces voy a la consulta; pero si nosotros buscamos servicios más sostenidos, entonces *ellos van a ir aprendiendo a utilizar un servicio* cuando en realidad lo necesiten.”⁴⁵

De manera efectiva, estamos observando el simbolismo del desarrollo histórico nacional y la forma en la que las diversas instituciones y élites guatemaltecas se han vinculado con las comunidades y la población misma: hablamos de un imaginario elitista burgués en su estadio neoliberal. En consecuencia, cuando se hace referencia a la población, el imaginario hegemónico de salud proyecta una visión coherente con una lectura de esta naturaleza. En ella priva la idea de una población a la que hay que ayudar a salir de un estado en el que no sabe, no conoce y no comprende: la población es ignorante. No estamos afirmando que este calificativo social se proyecte de manera consciente por los sujetos que enuncian la necesidad de incorporar a las comunidades al sistema de salud; sólo queremos señalar que, a pesar de las buenas intenciones que existan detrás de los actores pro-participación comunitaria, estas son, generalmente, coherentes con un imaginario hegemónico históricamente construido en Guatemala.

Por eso, “...las organizaciones comunitarias deben participar en la fiscalización de los servicios de salud; para lograr este objetivo las organizaciones deben estar bien informadas. Posteriormente, se deben llevar a cabo procesos de capacitación”.⁴⁶ En esta línea, “en Guatemala hay que empezar por la sensibilización y luego pasar a la organización de la comunidad”.⁴⁷ Así, estimular a las comunidades pasa por sensibilizarlas, capacitarlas, informarlas, educarlas; luego habrá que pedirles que paguen por sus servicios de salud para que, finalmente, se autoresponsabilicen de la misma. De manera

general, y siguiendo esta línea argumentativa, la enfermedad es el resultado de la ignorancia y el conformismo. Preguntas finales: en el imaginario hegemónico de salud ¿no son las comunidades guatemaltecas mayoritariamente indígenas? ¿Existe alguna relación, en el imaginario hegemónico de salud, entre ignorancia-conformismo-gratuidad-dinero-comunidad-población-pueblos-indígenas-enfermedad? ¿Está racializada la enfermedad en nuestro país?

Capital Humano Saludable, Competitividad Económica Efectiva: menos pobres, menos política y más mercado para el desarrollo humano

En suma, podemos afirmar que en el imaginario social hegemónico de la salud, la participación de la población es sumamente importante, aún en su sentido bien intencionado. Sin embargo, desde la perspectiva de este análisis, parece más efectivo hablar de integración de la población, antes que de participación. En su connotación civil y ciudadana, participar significa tomar decisiones políticas sobre el destino de factores y procesos que incidirán directamente en la vida de los ciudadanos. Partiendo de esta definición, resulta ser un consenso que las comunidades y la población en general están excluidas de la posibilidad real de decidir sobre las políticas de salud en el nivel local, regional y nacional: “...la población, no sólo no tiene acceso a servicios, sino que también está al margen de la posibilidad de tomar decisiones”.⁴⁸ Así, lo real no es cómo participan sino cómo se integran a la salud en los posibles procesos de funcionamiento.

Casi podemos entrever en todos los enunciados de agencias de cooperación, sectores de formación en salud, ONG’s, instituciones del Estado, instituciones privadas, etc., que la población debe planificar, fiscalizar, definir estrategias, señalar necesidades, etc., al

⁴⁵ Entrevista, Informante clave No. 1.

⁴⁶ Entrevista, Informante clave No. 4.

⁴⁷ Entrevista, Informante clave No. 1.

⁴⁸ Entrevista, Informante clave No. 4.





respecto de los servicios de salud; en otras palabras, las comunidades deben hacerlo prácticamente todo, pero sin tomar parte efectiva en las decisiones políticas sobre esos mismos servicios. Ahora bien, no debemos olvidar que en el imaginario hegemónico de salud, población es casi un sinónimo de comunidad. El prototipo de comunidad al que se hace referencia es el de una comunidad rural, indígena, pobre y excluida de los servicios de salud. En este sentido, este notable incremento de “preocupación por la participación comunitaria”, es perfectamente coherente con el imaginario hegemónico, en razón de que por principio, se sabe que estas comunidades no tienen posibilidades reales de acceder a servicios privados de buena calidad en un contexto en el que el Estado simplemente no es la opción: se “delega” entonces la responsabilidad de la salud a las comunidades.

En realidad, y esto resulta muy importante, el llamado a la participación-integración se dirige hacia estas comunidades. De manera general, en este imaginario, el proceso óptimo de incorporación de estas comunidades a la salud es *sacándolas* de los círculos viciosos de la pobreza, incorporándolas a la economía: “Hay que incorporarlos realmente a la economía, y darles los incentivos para que se beneficien del sistema, pero también cotizando y pagando algo. Hay que disminuir la informalidad de la economía del país, porque no veo cómo vamos a incorporar al grueso sector de la población si fiscalmente, tributariamente y en materia de seguridad social son inexistentes hasta ahora, recordemos que son el 75% los que no reciben servicios de salud”.⁴⁹ En el imaginario hegemónico, estas comunidades deben vincularse a los servicios de salud por la vía del empleo formalizado, lo que los convertiría en contribuyentes.

Pero esta no es la única razón: “La tesis más innovadora es que la pobreza persistente de

América Latina puede, por sí misma, estar entorpeciendo el logro de tasas de crecimiento más altas –que hay círculos viciosos reforzadores que mantienen a las familias, regiones y países en la pobreza e incapacitados para contribuir con el crecimiento nacional. [Existen] un gran número de canales que podrían perpetuar la pobreza, de los cuales mencionamos: los pobres suelen tener mala salud, lo que disminuye su productividad y entorpece su habilidad para administrar y generar conocimientos...”.⁵⁰ La salud de la población queda vinculada directamente a las posibilidades de crecimiento económico del país. En otras palabras, una población sana redundaría en una población productiva.

En este mismo marco, “...ya que la salud es un componente indispensable del capital humano, la [misma] permite aumentar el *stock* de capital humano de los países de la región, contribuyendo al crecimiento económico sustentable”.⁵¹ Esto ubicaría a los países de la región, en una mejor posición en el marco “...de la competitividad, dada la fuerte contribución de la buena salud al aumento de la productividad del trabajo y consecuentemente a la reducción de los costos de la producción de bienes y servicios de los países”.⁵² Desde esta mirada, una población sana es una población productiva, y sólo así es tipificada como “capital humano”. Luego, lo más importante es convertir a la población en esta forma de capital (humano) para incrementar las posibilidades competitivas de nuestro país.

Desde la perspectiva del Modelo Hegemónico Institucional y su correspondiente imaginario social, capitalizar nuestro país pasa por: 1) integrar a las comunidades indígenas, rurales, pobres y excluidas como “capital humano”; 2) convertir este tipo de capital en capital productivo, por la vía de garantizar que estas comunidades estén sanas y empleadas; y 3) un

⁵⁰ Banco Mundial (2006).

⁵¹ Banco Interamericano de Desarrollo (2004).

⁵² Banco Interamericano de Desarrollo, *Ibíd.*

⁴⁹ Entrevista, Informante clave No. 2.

capital humano productivo sano redundando en un país competitivo y con crecimiento económico (que reduce costos de producción, riesgo y eleva su productividad). En síntesis, está fuertemente instituido en el imaginario hegemónico de salud, que la mejor manera de integrar a los “sujetos postergados” a los servicios de salud es por la vía del trabajo, desencadenando así un proceso de desarrollo económico.⁵³

En este marco, los pobres se representan e instituyen en el imaginario como fuerza de trabajo potencial, como potenciales contribuyentes y consumidores de servicios de salud. Según esta lógica, la integración de la población a los servicios de salud se da por la vía, primero, de convertir a los pobres en capital humano productivo para, segundo, integrarlos por la vía del mercado de consumo de servicios. Con esta fórmula se destituye o prescinde de la política del “pueblo” como derecho ciudadano a decidir sobre los servicios de salud, y en consecuencia, a definir la salud como un derecho ciudadano y político; y se instituye la lógica de la productividad-competitividad del mercado que asigna a la población la categoría de “capital humano productivo” consumidor de servicios de salud.

Pero a esta categoría del pobre como potencial capital humano productivo, subyace la del “pobre realmente existente”, el indigente sin posibilidades de generar poder adquisitivo: llamémosle a este pobre, a contrapelo del pobre potencialmente convertible a capital humano, el “nunca empleado”. Este pobre real queda situado en el imaginario hegemónico de salud en una exterioridad inaprensible, un

⁵³ Los Objetivos del Milenio de Naciones Unidas, en lo referido al tema de la pobreza, plantean: “Nosotros resolvemos: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de habitantes del planeta cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día y el de las personas que padezcan hambre [...]. Cualquier esfuerzo por lograr un desarrollo sostenible demanda reducir la pobreza, encontrando soluciones al hambre, la malnutrición y la enfermedad”, Naciones Unidas, Resoluciones del milenio (2000).

afuera difícilmente representable: el pobre unimaginable, el sujeto que sufre el estado natural descarnado: “hay un sector importante de la población que está a expensas...de la selección natural, casi.”⁵⁴ Estos son los más pobres de los pobres, los que viven, digámoslo abiertamente, en el darwinismo social.

Hagamos conexiones: lo realmente existente es un sistema de salud pública ineficiente, anárquico, excluyente, descoordinado, sin recursos, mal administrado, etc.; lo realmente existente son comunidades rurales, indígenas, pobres y excluidas. En síntesis, los servicios más pobres están destinados para los más pobres. Ese universo caótico del que se huye está, en última instancia, habitado por los más pobres. Huir del riesgo del caos, que como dijimos anteriormente se significa como muerte, también significa huir del riesgo de los pobres. En el imaginario hegemónico de salud queda delineada una intrincada relación entre salud pública-pobres-indígenas-enfermedad-caos-riesgo de muerte.

La “buena terapéutica” en el imaginario de salud: hegemonía del modelo médico curativo

Si bien en múltiples declaraciones nacionales e internacionales, públicas y privadas, se hace referencia a la salud como un continuo entre prevención, curación y rehabilitación de las personas, resulta evidente que, al menos en Guatemala, el Modelo Hegemónico Institucional de Salud está direccionado hacia lo curativo. Desde luego, las rutas que los diversos sujetos tomen para la curación de sus enfermedades pueden ser múltiples, dependiendo de sus referentes culturales y de sus posibilidades económicas. De hecho, nosotros sabemos que en Guatemala una de las formas más comunes de atender la enfermedad por

⁵⁴ Entrevista, Informante clave No. 2.





parte de la población es la autoatención⁵⁵ y la automedicación. Sin embargo, en el imaginario hegemónico de salud es posible trazar una ruta mucho más clara y definida de lo que se representa como la “buena curación”.

En este imaginario de salud queda inscrita una Ruta Terapéutica Hegemónica que, en última instancia, define y proyecta hacia la sociedad el ideal de una BUENA TERAPÉUTICA. Esta ruta queda definida de manera general de la siguiente forma: 1) un sujeto con padecimientos acude a una clínica médica lo más especializada posible. Una vez este sujeto ha buscado este tipo de atención pasa a la categoría de “persona enferma”; 2) la clínica, en la que interviene personal médico autorizado, promueve y realiza exámenes físicos para observar a la persona enferma; 3) la observación médica deriva hacia una ruta en la que se busca la intervención de la tecnología y servicios de diagnóstico, que no son otros que los laboratorios; 4) a partir de estos resultados, se construye un diagnóstico y la persona enferma puede ser intervenida

⁵⁵ Se entiende por autoatención, “...a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales [...]. La autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir, que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención...”, Menéndez Eduardo, *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, en: Spinelli Hugo (comp.), *Salud colectiva...*, *Op cit.*, p.32 En este sentido, la autoatención no sólo debe ser vista como una alternativa “desesperada” de la población en general ante la inexistencia de servicios públicos de salud o servicios privados impagables, especialmente en las áreas rurales de Guatemala. Sin duda alguna, en medio de estos procedimientos y cosmovisiones que deambulan en la autoatención, también podemos observar alternativas reales al modelo médico hegemónico curativo y a la opción privada de la salud. Sin embargo, estas posibles alternativas no son válidas en el imaginario hegemónico y son marginalizadas y hasta despreciadas por el mismo.

quirúrgicamente o simplemente recibe una prescripción farmacológica. En todo caso, el paciente intervenido quirúrgicamente también recibirá una prescripción farmacológica; y 5) como resultado de esta ruta, la persona enferma cura sus padecimientos y recupera su salud.

Como hemos dicho anteriormente, las personas pueden recorrer múltiples posibilidades para la curación, mezclando –por ejemplo– automedicación con servicios públicos y estos a su vez, con servicios privados; sin embargo, lo que queremos mostrar con esta ruta terapéutica hegemónica es el ideal curativo que pretende instituir el imaginario hegemónico de salud, es decir, la buena terapéutica: “...después de la historia clínica, de un examen físico o de laboratorio –que lleva al final a un diagnóstico– normalmente, salvo aquellos casos propios de intervención quirúrgica, prescribo un medicamento y espero un efecto terapéutico”.⁵⁶ En efecto, la prescripción de un medicamento es lo que se fija con mucha más fuerza en esta ruta, es más “...los médicos son los que le mueven el medicamento a las farmacéuticas”.⁵⁷

Si observamos detenidamente esta ruta hegemónica, vemos que la “buena terapéutica” está cruzada por todos los servicios privados posibles, desde las aseguradoras, hasta los complejos de salud privados que facilitan a los pacientes todos los recursos necesarios para una buena terapéutica. De manera general, en el modelo curativo de salud dos son los elementos fundamentales que están interviniendo: por un lado, una oferta mercantil de servicios de salud privada y, por el otro lado, una “mirada” propia de la medicina científica: toda la ruta terapéutica hegemónica está cruzada por estos dos elementos. Apuntemos que la medicina científica está fuertemente guiada por un imaginario biomédico, en el que se privilegia una visión orgánica de la enfermedad y una

⁵⁶ Entrevista, Informante clave No. 2.

⁵⁷ Entrevista, Informante clave No. 1.

ruta de observación fisiopatogénica, donde la atención de la enfermedad queda fijada en complejos hospitalarios.⁵⁸

A estos dos elementos habrá que adjuntar una relación jerárquica y asimétrica de poder entre aquellos que “saben” –que están técnica y científicamente preparados–, con aquellos sujetos pasivos-pacientes que *no saben* y, en consecuencia, no pueden saber qué es lo mejor o más indicado para su propia salud, sobre todo en lo referido a las decisiones involucradas en los procesos terapéuticos: “... hay decisiones desde el punto de vista técnico puramente. Esas deben de venir de las personas que están técnicamente capacitadas: médicos, epidemiólogos, enfermeras, dentistas, etc., dependiendo de qué problema se trate. No le vamos a preguntar a la comunidad: miren, ¿ustedes creen que tenemos que empezar a vacunar a la gente porque viene la gripe?, cuando efectivamente viene la gripe y se están muriendo en otros lados de gripe. O miren, ¿están ustedes de acuerdo en que hagamos medidas de prevención para la transmisión del VIH? [...] eso no es discutible, eso cae de su peso, tiene que ser hecho porque técnicamente está indicado que va a proteger la vida de otras personas que puedan ser expuestas sin saberlo. Ahí no hay mucha discusión que hacer. Hay otras cosas que sí pueden ser discutidas. Incluso desde el punto de vista del funcionamiento diario. Que si va haber consulta todos los días, o sólo tres veces por semana. Que si está bien lo que pasa con las aguas, con el agua potable, etc.”⁵⁹ Así, la terapéutica, como saber

⁵⁸ Esto es lo que Eduardo Menéndez denomina ‘Modelo Médico Hegemónico’. Según Menéndez, las principales características de este modelo son: “biologismo, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud-enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica.”, Menéndez Eduardo, *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas...*, en: Spinelli Hugo (comp.) (2004).

técnico-científico elaborada por científicos, no se discute ni se propone, se aplica y punto, sin importar lo que el paciente pueda o quiera sugerir.

Finalmente, ha de incluirse una ética de la atención, sin la cual la ruta terapéutica hegemónica no quedaría del todo completa: el buen servicio y la atención personalizada. De hecho, esta ética se proyecta como un humanismo de fondo. Con esto queda instituido en el imaginario hegemónico de salud un humanismo ético privado cuyo objetivo fundamental es el alivio del sufrimiento⁶⁰: “...existe en el sanatorio, una especial dedicación e interés en aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus allegados, habiéndose convertido en el hospital líder en humanismo, conocimiento y tecnología al servicio del ser humano [...], garantizando a cada paciente, de manera oportuna, la atención específicamente indicada de acuerdo con su enfermedad, su medio familiar y con los avances de la medicina”.⁶¹

Si bien, como ya hemos indicado, lo privado imprime o al menos pretende imprimir deseo, especificando y concretizando esta tesis, debemos apuntar que lo que se proyecta como deseo *strictu sensu*, es una “buena terapéutica” inscrita en un humanismo ético privado propio del modelo curativo de salud. En otras palabras, lo que se instituye en el imaginario social es el deseo por este modelo curativo: alejarse del riesgo de la muerte propio y característico del

⁵⁹ Entrevista, informante clave No. 3.

⁶⁰ Tradicionalmente, se ha reproducido la idea de que los médicos orientan su trabajo a la curación, al grado de proyectar dicho ideal como objetivo explícito de “arrebatarle víctimas a la muerte”. Sin embargo, esto encubre el hecho de que la “mirada médica” co-construye los referentes desde los que se califica a la enfermedad y a la salud. Curar, por ejemplo, podría ser sinónimo de no enfermar o de controlar los factores de riesgo que posibilitan la enfermedad. Sin embargo, desde una mirada curativa, antes de curar se debe sufrir y padecer la enfermedad.

⁶¹ Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, página web. “El sanatorio se caracteriza por el humanismo cristiano de todo su personal, el cual se ve reflejado en todas y cada una de sus actuaciones”.





caos de lo público implica aspirar, buscar y conseguir (a pesar de que no se logre) acceso a este modelo curativo privado de salud. Aliviar el sufrimiento es, en otros términos, aliviar al cuerpo sufriente por la vía privada.

Apuntemos, finalmente, que este modelo curativo tiende, cada vez más, a la farmacologización de la terapéutica: curarse es sinónimo de consumir medicamentos: "...las farmacéuticas han sido un actor importante en el mejoramiento de la calidad de nuestras vidas en la salud. Es gracias a la introducción de una serie de medicamentos en el mercado que hemos podido controlar una serie de patologías o enfermedades que sufrimos".⁶² Consumir un medicamento de una farmacéutica se ha instituido como el procedimiento terapéutico por excelencia.

Desde luego, la generación de medicamentos requiere de inversión de capitales, investigación y tiempo. De hecho, la producción de un medicamento es un asunto de riesgo en tanto que el mismo puede no tener éxito en el mercado. Decimos esto pues esta terapéutica está inscrita por los valores propios de mercado y del consumo:

"Nos consideramos un sector que puede contribuir al sistema de salud. Personalmente no considero este sector como la fuente de todos los males, como muchos creen. A veces nos dicen que somos como las petroleras o las tabacaleras, pero nosotros producimos productos para recuperar o mantener la salud, es decir, prevenir la enfermedad. Pero hay que entender que las acciones de estas compañías se venden en la bolsa; entonces, si se invierte patrimonio en estas compañías se hace fundamentalmente para buscar rentabilidad, para incrementar patrimonio, para *conseguir ganancia*. Las industrias farmacéuticas tienen un conocimiento de cómo producir y generar medicamentos nuevos haciéndolo eficientemente, pero también quieren dar satisfacción

económica a sus accionistas... *esto no se hace por deporte*. Lo mismo hacen los que producen genéricos, no son filántropos, son gente que se dedica a esto para ganar dinero. *Es lícito lucrar*. No creo que la palabra lucro, aunque esté desprestigiada, sea una mala palabra. Claro que entiendo que los medicamentos son percibidos como un bien social, un bien que se considera más inherente al bien social. Pero el compromiso que tenemos los que producimos medicamentos es la calidad, antes que nada; responsabilidad en lo que vendemos. Es razonable entonces querer resarcirnos en la inversión que se tiene en el círculo de la producción de medicamentos de calidad".⁶³

Si es cierto que la terapéutica se encuentra en un proceso dominante hacia la farmacologización, y si esta es la lógica que guía a las industrias farmacéuticas, no resulta raro que en el imaginario hegemónico, la salud (como curación de la enfermedad) quede circunscrita a esta misma racionalidad. Aliviar el sufrimiento del paciente, es decir, aliviar al cuerpo sufriente, se consigue por esta ética del mercado: es lícito lucrar, en consecuencia, es lícito cobrar. La salud se compra. En otras palabras, este humanismo ético privado está guiado, consciente e inconscientemente, por la ética del mercado y del lucro.

Los cuerpos que importan o las metáforas del cuerpo sufriente y sus miserias

Para el Modelo Hegemónico Institucional de Salud, los cuerpos importan. Desde luego, no todos los cuerpos importan.⁶⁴ El modelo curativo ha llenado de significados y símbolos al cuerpo, claro está, como una forma efectiva de allanar el camino de intervención terapéutica. Empecemos diciendo que el cuerpo que importa es el sufriente. En cuanto tal, el mismo es

⁶² Entrevista, Informante clave No. 2.

⁶³ Entrevista, Informante clave No. 2.

⁶⁴ Tomo prestado este concepto de Butler Judith (2002).

visualizado como un territorio de observación clínica del padecimiento: el cuerpo sufriente se observa, se tipifica y clasifica con el objetivo de desentrañar las causas del padecimiento (fisiopatogénesis).

De esta cuenta, en el imaginario hegemónico de salud, el cuerpo sufriente se convierte en un territorio de intervención: sobre la materialidad del cuerpo interviene en un primer momento: a) el saber especializado del médico; b) la tecnología diagnóstica del laboratorio. En el cuerpo sufriente se despliegan los avances tecnológicos y académicos de la ciencia médica. El cuerpo, desde luego, se convierte en c) un territorio de intervención quirúrgica, donde es sometido al desgarramiento de “la carne” para extirpar la enfermedad y devolver a su buen funcionamiento, los órganos del mismo. En última instancia, d) el cuerpo sufriente se constituye en el territorio de aplicación de la farmacología, del medicamento. Ese cuerpo desequilibrado biológicamente debe llevarse de nuevo al equilibrio bioquímico para curarse y recuperarse. No olvidemos, claro está, que este cuerpo es individual: siempre se tratará del cuerpo de un individuo. En síntesis, el cuerpo que importa es un cuerpo individual sujeto y sujetado a la enfermedad.

Los cuerpos que importan en el imaginario hegemónico son cuerpos biologizados, medicalizados y farmacologizados: este es el cuerpo que se afirma en el modelo médico curativo. Desde luego, esta afirmación es producto de una negación o serie de negaciones fundamentales: el cuerpo sufriente ha sido desmembrado; en otras palabras, no es el cuerpo como totalidad lo que importa, importan sus órganos. Además, y de manera relevante, el cuerpo sufriente ha pasado por un proceso de des-socialización, des-psicologización y, finalmente, des-historización. Para afirmar los cuerpos que importan, ha tenido que ocurrir una “disección fundamental”: estos cuerpos han sido separados de sus condicionamientos

sociales, históricos y psicológicos. Los cuerpos que importan son, en otros términos, materia biológica.

Desde una “mirada médico curativa” el imaginario hegemónico de salud representa e instituye en el sentido social el cuerpo como miseria. En otras palabras, los cuerpos-órgano revelan las MISERIAS DEL CUERPO INDIVIDUAL. Se sufren las miserias del cuerpo y lo que se intenta “curar” son estas mismas miserias. Desde luego, en un contexto en el que la curación es circunscrita en la simbología del “mercado de servicios de salud”, el cuerpo y sus miserias se viven y representan como materia de producción de ganancia. Esto supone, además, comprender la enfermedad como padecimiento individual, quedando relegada o marginalizada la enfermedad como un “padecimiento social”.

- Las miserias del cuerpo materno-gestante y la culpabilización de la enfermedad social

Sin embargo, en el imaginario hegemónico de salud, la enfermedad social no ha sido desterrada del todo. De manera relevante, esta enfermedad o enfermedades persisten de manera especial como: a) mortalidad materna, b) mortalidad infantil y, c) VIH-SIDA. Todos los actores inmersos en el sector salud concuerdan con el reconocimiento de dichas enfermedades. “Decidimos, asimismo: Para el año 2015 [...], haber reducido la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales. Para entonces, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA...”⁶⁵ Entonces, ¿cuáles son los cuerpos que importan en la enfermedad social?: “Debe enfatizarse que la mortalidad en el primer año de vida se vincula íntimamente con los cuidados de la gestante y del recién nacido.

⁶⁵ Naciones Unidas, *Op cit.*





El parto institucional es una variable clave para explicar el fenómeno [...]. La nutrición es un factor central, dado que haber recibido exclusivamente lactancia materna constituye también un elemento importante para reducir la mortalidad de los primeros meses. Por ello, si el promedio de meses de lactancia materna exclusiva pasa de 4.36 a 5 meses, la tasa de mortalidad infantil se reduce de 39 a 30.92 de muertes por cada 1000 nacidos.”⁶⁶ Los cuerpos que importan son los cuerpos gestantes. Nutrir a los cuerpos gestantes e intervenirlos institucionalmente (parto) es la manera de actuar sobre la enfermedad social y reducir la mortalidad de los recién nacidos.

Pero estos cuerpos gestantes también mueren. Los indicadores fundamentales son “...los relacionados con la salud reproductiva de la mujer, tales como la fecundidad, el uso de métodos de planificación familiar, la necesidad insatisfecha de planificación familiar, la atención prenatal y del parto y el estado nutricional”.⁶⁷ Los cuerpos gestantes fallan, enferman y mueren por la ausencia de orden y control sobre la fecundidad: se hace necesario intervenir en la sexualidad de las mujeres. Evitar el mal funcionamiento de los cuerpos gestantes se reduce a planificar la fecundidad del cuerpo: disciplinar el cuerpo gestante en su sexualidad.

La disciplina sexual de este cuerpo que importa, que bien sabemos es el cuerpo materno, tiene también otras repercusiones cuando se habla del VIH-SIDA, sobre todo a partir de la feminización de dicha enfermedad: “...ciertamente las mujeres enfrentan mayor riesgo de contagio, debido a su posición subordinada, la que se manifiesta en el limitado control sobre su vida sexual, el poco conocimiento sobre las prácticas sexuales de su pareja y su reducida capacidad para negociar con ésta el uso de

preservativo. Aunque el conocimiento sobre VIH/SIDA aparece bastante generalizado entre las mujeres en edad reproductiva, el uso del preservativo es una práctica poco frecuente entre aquellas sexualmente activas, aún entre las de mayor nivel educativo, las residentes urbanas y las no indígenas. En otras palabras, existen ciertos factores –como las creencias erradas sobre la sexualidad y el ejercicio desigual del poder en las relaciones de pareja– que están obstaculizando la prevención de la enfermedad”.⁶⁸

Los cuerpos gestantes son cuerpos sin control, no sólo de la fecundidad y de su propia vida sexual –en tanto que viven creencias erradas–, sino también de la vida sexual de su pareja: la miseria de los cuerpos se ha feminizado. De esta cuenta, la cura de estas enfermedades sociales pasa por intervenir, nutrir, controlar y disciplinar a los cuerpos gestantes, los cuerpos femenino-maternos. La enfermedad social, y en consecuencia los cuerpos sociales que importan, son los cuerpos femenino-maternos. En este mismo marco, no puede pasarse por alto que, subyace a este imaginario hegemónico de salud, una efectiva responsabilización de la mujer sobre estas enfermedades; o dicho en nuestros términos, se responsabiliza al cuerpo femenino de la enfermedad social (¿vuelta al paraíso bíblico incomprendido?).

Esto también sugiere que, como cuerpo-órgano, el cuerpo gestante es reducido a útero y, en el peor de los casos, a vagina descontrolada. En otras palabras, el cuerpo femenino es estrictamente visualizado como TERRITORIO REPRODUCTOR POBLACIONAL que ha de ser controlado como tal. Desde luego, no se observa en este imaginario hegemónico, la imagen y representación de una mujer cuyo cuerpo goza, siente placer, disfruta de la vida

⁶⁶ Gobierno de Guatemala, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (2006).

⁶⁷ Gobierno de Guatemala, Ibid.

⁶⁸ Gobierno de Guatemala, Ibid.

sexual y, además, decide libremente –como mujer– sobre el control de la natalidad.⁶⁹ No se visualiza además, la imagen del hombre como sujeto responsabilizable de contracepción y prevención de estas enfermedades. Con esto se reproduce un imaginario hegemónico que ubica a las mujeres del lado reproductivo (como úteros-vaginas a disciplinar) y a los hombres del lado productivo imperante (falos permitidos). En otras palabras, se reproduce y reafirma un imaginario heterosexista y patriarcal que termina por “empoderar” aún más al poder machista o de dominación masculina. En este marco, el cuerpo gestante –en este imaginario que desmiembra cuerpos– resulta en un útero insensible y displaciente que ha de ser disciplinado y controlado. Agreguemos a esto, que estos úteros-vaginas a disciplinar están ubicadas de manera privilegiada del lado de las comunidades rurales empobrecidas –predominantemente indígenas– de Guatemala; en otras palabras estos úteros y vaginas descontroladas son la representación de cuerpos-órgano de mujeres pobres indígenas rurales.

*Imaginarios hegemónicos de enfermedad:
la enfermedad y la salud (im)posible*

Entonces, ¿cómo queda fijada en el imaginario hegemónico de salud la enfermedad? Recuperando, con el objetivo de responder a esta pregunta, el cúmulo de nuestras consideraciones sobre el imaginario hegemónico de salud en Guatemala, iniciemos diciendo que la enfermedad se ha instituido como un padecimiento individual privado definido por la “buena terapéutica”. En este sentido, la enfermedad se define: a) como un riesgo permanente del sujeto orgánico en la materialidad de su cuerpo desmembrado; b) en este sentido, la enfermedad es el cúmulo de padecimientos de los órganos de los cuerpos sufrientes (generizados, racializados y clasificados según su pertenencia al capital social); y c) la enfermedad pasa a ser, de manera

hegemónica, la evidencia de las miserias del cuerpo individual. Como consecuencia, la enfermedad se instituye en el imaginario hegemónico de salud, como un desequilibrio biológico de los órganos del cuerpo sufriente individual privado.

Desde luego, la enfermedad ha quedado fijada a la salud en el “mercado de servicios de salud”. En esta línea, la enfermedad se encuentra funcionando como el catalizador de dicho mercado. Si lo que decimos –que pasa por ser evidente– es cierto, entonces la enfermedad es el “material” que lubrica la maquinaria de servicios curativos diseccionados por una mirada biomédico-curativo-individual-privatizada. Es en este preciso sentido que la enfermedad cataliza la acumulación de capital de servicios de salud. En otras palabras, en el Modelo Hegemónico Institucional de Salud, los servicios privados con perspectiva biomédica curativa son ejes de acumulación de capital agilizados por la enfermedad. De lo que acabamos de decir deriva, que la población sólo goza de salud en tanto que la puede comprar. He aquí el *quid* de la enfermedad en los términos que la hemos definido: ésta ha convertido a la salud en un bien de consumo privado individual.

De esta cuenta, la salud queda inscrita en el imaginario social como: a) un bien de consumo de un sujeto individual privado y auto responsable

⁶⁹ Nosotros sabemos que muchos grupos de mujeres defendieron –y lo siguen haciendo– el uso de anticonceptivos para el control de la natalidad. Estas reivindicaciones han sido una respuesta a las racionalidades y lógicas propias a culturas machistas-patriarcales en las que el poder sobre la natalidad, y en consecuencia, sobre el cuerpo de las mujeres, está del lado de los hombres. La contracepción, en este sentido, es una reivindicación de mujeres para decidir sobre su propio cuerpo, y desde luego, para ejercer un derecho en el control de la natalidad. Esto podría plantear que el control y disciplinamiento de los cuerpos gestantes, tal y como lo hemos expuesto párrafos atrás, responde a estas mismas reivindicaciones. Sin embargo, las preguntas que debemos hacernos son ¿quién decide realmente sobre el cuerpo de las mujeres? ¿Los hombres, las instituciones transnacionales y los organismos de cooperación internacional? ¿No será acaso que el derecho a decidir sobre su cuerpo y la natalidad debe ser ejercido por las mujeres mismas?



de su propia salud; b) la salud se refiere exclusivamente al equilibrio biológico de los cuerpos que importan, en tanto equilibrio de los órganos como totalidades en sí; c) la salud es un privilegio de las personas con poder adquisitivo y, en consecuencia, de los seres humanos productivos y competitivos; y d) la salud es la curación privada de los órganos disfuncionales de los cuerpos y sus miserias.

En el imaginario social hegemónico de salud en Guatemala, la salud no se entiende como el goce de la población de un equilibrio biológico, psicológico y social de su bienestar vital que, declarativamente en normas, leyes e instituciones internacionales y nacionales de salud se proclama. Paralelamente a esto, la salud no se fija como un derecho sino como un privilegio individual, dejando fuera la posibilidad de pensar en la salud como un bien público y colectivo⁷⁰. Aquellas personas que no quedan inscritas en este imaginario son las que están abandonadas y condenadas a la “selección natural” o darwinismo social, donde sobrevive el más fuerte.

En síntesis, y para concluir, la salud se entiende como la salida de la enfermedad por la vía de una “buena terapéutica” privada y autoresponsable. Asistimos así, a una contemporaneidad en la que la salud queda definida a partir de la enfermedad y no al revés. Esto mismo es producto de las instituciones del sistema en cuanto tal; en otras palabras, el actual Modelo Hegemónico Institucional de Salud, al funcionar con la enfermedad como

catalizador de ejes de acumulación de capital, produce este imaginario: el sistema produce enfermedad. Y es éste el fin básico que revela la inversión de los valores por parte de lo privado como valor absoluto de la salud: este es un Modelo Hegemónico Institucional de Salud que produce enfermedad.

⁷⁰ Si vemos nuestra historia, podemos afirmar que la salud nunca ha sido un derecho colectivo y social, entendido como derecho efectivo. En consecuencia podemos suponer que en nuestro país nunca ha sido comprendida la salud como un bien público. Si bien esto es cierto, lo que nosotros estamos planteando es que como un bien colectivo y social posible, éste queda totalmente desbancado. Lo que es nuevo en nuestro imaginario es que la sola posibilidad de la salud como bien social y derecho colectivo está siendo totalmente borrado por el Imaginario Hegemónico de Salud.



Conclusiones



En Guatemala existe un Modelo Hegemónico Institucional de Salud que ha instituido en la sociedad, un Imaginario Social Hegemónico en el que se privilegia el sentido privado de la salud. Este Modelo Hegemónico se ha proyectado en la sociedad a partir de invertir los valores de lo público, instituyendo el sentido del caos como referente principal a partir del cual se representan las instituciones públicas de salud. Al proyectarse a la sociedad en general como la inversión de los valores de lo público, las instituciones privadas de salud se inscriben en el imaginario como los referentes en donde el riesgo a la muerte queda inmerso en un marco controlado por sentimientos de seguridad y resguardo. Como consecuencia de esto, la sociedad en general aspira y desea los servicios privados de salud, incluso cuando no puedan pagarse. En este sentido, la sociedad en general está integrada a lo privado desde el deseo que dicha institucionalidad provoca. Este es, de manera general, el sentido que imprime y a partir del cual se legitima y naturaliza el Modelo Hegemónico Institucional de Salud en Guatemala.

Uno de los rasgos más importantes del Imaginario Social Hegemónico de Salud en Guatemala, corresponde a la construcción de un sujeto autorresponsable de su propia salud. Se trata de un individuo solitario privado que

debe tener capacidad de consumir servicios para garantizar su propia salud. No hablamos del individuo liberal burgués ciudadano, quien al ser parte individual de un orden político, tiene derechos garantizados por un marco normativo público de ciudadanía. El individuo ciudadano liberal ha sido sustituido por un individuo cliente autoresponsable y solitario. Este es uno de los rasgos más particulares del individuo neoliberal. Así, el sistema económico político debe crear un mercado de salud privado para ofertar servicios de salud a los que el individuo neoliberal puede acceder por la vía del consumo: el individuo comprador de salud.

Lo anterior no plantea que la “población” haya desaparecido del imaginario hegemónico. Por el contrario, en este imaginario, población es sinónimo de comunidades rurales indígenas excluidas de los servicios de salud. Y es esta población la que debe “participar” en el sistema. Sin embargo, subyace a este lema de participación comunitaria, a) un sentido auto-responsabilizador de los costos de salud hacia las comunidades; b) un histórico anhelo integracionista por la vía de “sacar” de la ignorancia a la población y de integrarla por la vía del trabajo formalizado, para buscar así; c) un potencial mercado de consumidores de servicios privados de salud. Como consecuencia





de esto, la salud ha perdido su sentido colectivo y social, así como su significado pleno de Derecho Humano inherente a todo sujeto. Así, el pueblo como sujeto político y reivindicador de derechos de ciudadanía ha sido sustituido por la “población”, entendida como comunidades excluidas potencialmente convertibles en capital humano productivo y consumidor de servicios privados de salud: se trata, en última instancia, de una población también autoresponsable de su propia salud.

Pero a esta “población”, potencialmente convertible en capital humano productivo, subyacen aquellos sujetos “nunca empleados” o indigentes. La idea del “pobre realmente existente” como paria marginal del sistema. Digamos que estos son los más pobres de los pobres, no sólo en razón de su poder adquisitivo (de cualquier forma un pobre potencialmente convertible en capital humano productivo sigue siendo pobre), sino en razón de un futuro útil para el capital. El “nunca empleado” es un pobre condenado a la indigencia de por vida; es un sujeto plenamente “naturalizado” por el modelo hegemónico: es un sujeto que ha perdido sus rasgos esencialmente humanos, se encuentra en el darwinismo pleno. Así, el Modelo Hegemónico Institucional ha construido un pobre que es Otro: aquél que está en un afuera irrepresentable. Es este Otro pobre el que se percibe como sujeto de los servicios de salud pública realmente existentes, incluso cuando no tenga acceso a los mismos. Por esta razón, las personas al huir del caos de lo público, también huyen del caos de la pobreza: lo público y la pobreza –en términos de salud– quedan significados por el riesgo pleno del caos: la muerte.

Este Modelo Hegemónico Institucional de Salud opera a partir de una racionalidad impresa por un modelo curativo de salud. En esta racionalidad, se privilegia una mirada médica biologicista, fisiopatogénica y hospitalaria de la enfermedad y, en consecuencia, de la salud. Como rasgo fundamental de esta mirada

médica, una idea de “buena terapéutica” se inscribe en el imaginario hegemónico de salud, siendo ésta la que, de manera concreta, genera deseo en las personas y grupos sociales. Como dijimos anteriormente, lo privado genera deseo; ahora bien, puntualizando esto en términos de la salud, es la idea de una ‘buena terapéutica’ la encargada de generar el deseo privado de los servicios de salud. Dentro de esta ruta terapéutica hegemónica, la farmacologización de la enfermedad se inscribe de manera preponderante en el imaginario hegemónico: de esta cuenta, curarse se percibe y se vive como consumir medicamentos bioquímicos producidos por una industria farmacéutica. Y si bien es cierto que en nuestro país la mayoría de las personas recurren a la autoatención, lo cierto es que en el imaginario hegemónico, es la buena terapéutica la que guía el potencial significativo de la salud. En última instancia, autoatención es casi un sinónimo de automedicación, y esto no es otra cosa que el síntoma de una población que aspira y desea servicios de salud que no puede comprar. En un país tan pobre como el nuestro, el deseo de lo privado es privación.

Es en este marco, que el Modelo Hegemónico Institucional de Salud genera un imaginario social en el que el cuerpo adquiere los rasgos de un cuerpo sufriente debido a sus propias miserias. El cuerpo pasa por el proceso de ser desmembrado, des-socializado, des-psicologizado: en otras palabras, el cuerpo es reducido a materia biológica. No es el cuerpo lo importante, antes bien, son sus órganos. Desde luego, al inscribir este cuerpo sufriente y sus propias miserias en una ruta terapéutica hegemónica, el mismo queda representado en el imaginario hegemónico como un terreno de intervención, observación, tipificación, farmacologización: en otras palabras, el cuerpo-órgano se convierte en el terreno de despliegue del saber médico y de la tecnología de la medicina científica y diagnóstica. En el imaginario social hegemónico de salud, cuerpo es sinónimo de cuerpo sufriente y sus miserias.

Desde luego, al englobar estos elementos en el marco de una salud significada como “mercado de salud”, este cuerpo sufriente es convertido en materia biológica para la generación de capital y ganancia: el cuerpo sufriente y sus miserias, es la materia prima del mercado de salud.

Este cuerpo imaginado, claro está, es un cuerpo individual. A pesar de esto, en el imaginario hegemónico también existe un cuerpo social sufriente. Hablamos del cuerpo gestante. La mortalidad materno-infantil y el VIH/SIDA son reflejo de este cuerpo sufriente. Queda claro que este cuerpo social no está privilegiado por los servicios privados de salud; al contrario, es lo público quien debe vérselas con este cuerpo social. En todo caso, el cuerpo gestante es un cuerpo descontrolado e indisciplinado en términos de fecundidad. Por esta razón, en el Imaginario Hegemónico de Salud se hace necesario intervenir, controlar, disciplinar y corregir –principalmente– al cuerpo gestante: se trata de disciplinar el cuerpo gestante en la sexualidad. Subyace a este imaginario la culpabilización-responsabilización del cuerpo femenino de esta enfermedad social. Además, estos cuerpos-órgano son, en sentido estricto, úteros-vagina de mujeres rurales, pobres e indígenas que viven en el descontrol sexual reproductivo.

La enfermedad, de manera general, queda inscrita en el imaginario social hegemónico de salud, como un riesgo permanente del sujeto orgánico y como la evidencia de las miserias del cuerpo sufriente. La enfermedad, en estos términos, se reduce a las miserias del cuerpo de un individuo que padece un desequilibrio biológico. Desde luego, la enfermedad en el mercado de salud, está funcionando como el catalizador fundamental a partir de la cual el Modelo Hegemónico Institucional (médico-curativo) está acumulando capital y generando ganancia. De esta cuenta, la salud queda significada como un bien de consumo y como

el privilegio de aquellos sujetos productivos bien tipificados y calificados como capital humano.

La sola posibilidad de concebir la salud como un derecho o como un bien público, está fuera del horizonte de sentido de este modelo de salud; de la misma manera que la posibilidad comprensiva de la salud como el derecho al goce de un equilibrio biológico, psicológico y social del cuerpo, y como derecho a la prevención, curación y rehabilitación. En conclusión, la salud está siendo definida a partir de la enfermedad y no al revés. Peor aún, salud no es sinónimo de ausencia de enfermedad, sino de la posibilidad de salir de un estado enfermo. Esto nos lleva a plantear que el actual Modelo Hegemónico Institucional de Salud produce enfermedad: en otras palabras, éste es un Modelo de Enfermedad.



¿Es posible un futuro posible?



Intervenir en los imaginarios hegemónicos de salud-enfermedad

Como hemos sostenido en este trabajo, todos estamos integrados al Modelo Hegemónico Institucional de Salud en Guatemala, fundamentalmente por la vía del deseo y la aspiración. En este sentido, los futuros posibles viven un cautiverio total: el único camino que nos queda por transitar es el del sentido privado-lucrativo de la salud. Un posible futuro posible, al menos desde la perspectiva de este trabajo, debe construirse problematizando esta tesis. Un primer elemento que debemos considerar es que, como una alternativa al actual modelo hegemónico, lo primero que tenemos que lograr es romper el deseo de lo privado. Ubicar esto es de por sí una apuesta estratégica.

Pero romper el deseo y la aspiración de lo privado implica dar una batalla en términos de la racionalidad que aspiramos guíe el sistema. En consecuencia, lo que nosotros planteamos es lo siguiente: en un sentido estratégico, antes que cambiar al sistema de salud y sus instituciones, se hace necesario cambiar el Modelo Hegemónico Institucional de Salud en Guatemala. Construir un futuro posible des-hegemonizante del sentido privado lucrativo es el primer paso a dar. No estamos planteando con esto el desecho de lo privado, sino

la des-hegemonización del sistema de salud en su sentido privado-lucrativo. Para esta labor, resultaría fundamental “escaparse” a la polarización valorativa absoluta que prevalece entre lo público y lo privado, para posicionarnos en los intersticios o adyacencias invisibilizadas por dicha polaridad.

A esta des-hegemonización debe correr parejo una re-inversión del sentido de la salud en el sistema. De lo que se trata es de re-ubicar al mercado como instancia definitoria del sentido de la salud. Re-ubicar quiere decir darle su lugar en la sociedad: la salud es un asunto social e individual y es esta consideración la que debe guiar a las instituciones. El mercado debe servir a la sociedad y a los individuos y no al revés, tal y como ocurre en el actual Modelo Hegemónico Institucional de Salud. Des-hegemonizar quiere decir, además, romper el sesgo medicalizante y biologizante que guía nuestro modelo. Pero más importante aún, debemos romper con los sesgos sexistas-racistas que subyacen al Modelo Hegemónico de Salud en Guatemala. El reto es construir rutas terapéuticas alternativas y sostenibles para la sociedad en general, desde una perspectiva más amplia de la salud y la enfermedad.

Estos son puntos de partida estratégicos. Pero por simple que pueda parecernos esto, no debe





pasarse por alto su importancia: un posible futuro posible sólo se construye a partir de re-orientar nuestra mirada estratégica. Y los puntos de partida resultan ser fundamentales. Plantear las rutas para lograr lo anterior rebasa a todas luces las posibilidades de este trabajo, sin embargo, podemos pensar en algunas medidas posibles a corto y mediano plazo para intervenir en los imaginarios sociales e ir construyendo un posible futuro posible.

De entrada debemos reconocer que conocemos muy poco de las formas de operar de las instituciones privadas lucrativas. Es necesario que la población conozca la “verdad” de estas instituciones en todos sus niveles. Antes de esto no podemos hacer mucho por romper el deseo que las mismas imprimen en la sociedad. Por eso es necesario preguntarse: ¿es real la eficiencia, avance, tecnología, buen trato, etc., del que nos hablan estas instituciones?; ¿es real este orden y autoridad efectivas, donde todo funciona bien y todo tiene su lugar en las instituciones privadas de todo nivel?; ¿cómo se está lucrando realmente con la salud en Guatemala? ¿cuánto y en manos de quién se está repartiendo la ganancia de esta lógica lucrativa? Estas preguntas, y otras tantas más, podrían asegurarnos una primera entrada en la des-hegemonización del modelo.

En definitiva, qué modelo de salud queremos o necesitamos depende, de manera preponderante aunque no exclusivamente, de la manera en la que estemos comprendiendo, valorando e interpretando socialmente lo que significa la salud: en otras palabras, depende de los imaginarios sociales de salud que estemos en la disponibilidad de construir como individuos y como sociedad. En este marco, debemos comprender que los imaginarios sociales son campos de lucha, de debate, discusión, despliegue y diseminación social. Es necesario ir más allá de las buenas intenciones y de lo políticamente correcto.

Para lograr esto, es prioritario crear las fuentes de saber fundamentales con las cuales podamos intervenir de manera decidida en este campo de lucha que son los imaginarios sociales. Se hace necesario así, construir espacios de generación de conocimiento crítico al respecto de la salud en Guatemala. Es prioritario generar equipos de investigación sostenidos y articulados a programas de investigación de mediano y largo plazo que tengan continuidad, sostenibilidad y autonomía (especialmente ante las agencias de financiamiento). Esto supone la negociación de las agendas de investigación con diferentes actores que intervienen en el financiamiento, antes que de su imposición implícita.

La salud, claro está, es un estado humano complejo y heterogéneo. Y el saber crítico necesario, entonces, debe responder a este mismo estado humano de la salud. Hasta la fecha, el saber sobre la salud ha sido hegemonizado por una mirada “médica” que amerita ser ampliada. Esto quiere decir, que el saber sobre la salud en Guatemala debe construirse desde una perspectiva multi e interdisciplinaria, promoviendo el debate al respecto desde las múltiples disciplinas que ameritan intervenir. No se trata de que economistas digan qué recursos se necesitan para que funcione un sistema de salud; como tampoco se necesitan médicos que definan el sentido de la enfermedad: se necesita que médicos, economistas, antropólogos, sociólogos, politólogos, etc., discutan, dialoguen y construyan conocimiento útil sobre la salud en Guatemala.

Desde luego, la sola construcción de conocimiento crítico sobre la salud no basta. Se hace necesario que dicho conocimiento se integre a los programas de estudio de los centros de formación de trabajadores de la salud en Guatemala. Es fundamental ampliar la mirada de los futuros profesionales de la salud en nuestro país, y para eso es muy importante ensanchar los contenidos de sus cursos de

formación. De la mano de esto, es fundamental “cotizar” un perfil de los trabajadores de salud con conocimientos ampliados. Hasta la fecha, aquellos que se forman en las carreras de medicina, por ejemplo, lo hacen inmersos en esta mirada hegemónica que privilegia la medicina científica y la ética del mercado. No quiere decir esto que debemos demeritar la formación clínica y sustituir la actual lógica de la remuneración económica por el altruismo social pleno; por el contrario, lo que se hace necesario es cotizar un perfil ampliado, transdisciplinarizado y responsable socialmente en aquellos que se estén formando para trabajar en salud.

Así mismo, es fundamental que este saber crítico sea cantera de información políticamente relevante para aquellos grupos u organizaciones que estén involucrados directamente en la generación de políticas públicas sobre salud. En otras palabras, resulta sumamente importante que la demanda política se nutra fuertemente del saber crítico sobre salud en Guatemala. No basta con demandar un derecho: es necesario fundamentar y argumentar el derecho demandado con información y análisis pertinente y de profundidad científica.

Para la mejor calidad de este conocimiento crítico, se hace necesario ampliar las fuentes de información de todas aquellas instituciones involucradas en el sistema de salud. Es necesario pelear por una legislación que obligue a las instituciones a brindar información clara sobre sus procedimientos, medidas evaluativas, ingresos económicos, mecanismos de distribución, población atendida, etc., para tener una mirada más amplia y clara de cómo están funcionando las instituciones privadas y públicas de salud en Guatemala. Como sabemos que esta información está directamente vinculada con intereses particulares y de grupos con alta incidencia de poder en Guatemala, las organizaciones internacionales están llamadas

a ejercer una fuerte presión para democratizar la información necesaria al respecto.

También debemos decir que si el Modelo Hegemónico Institucional está en plena interrelación con los imaginarios sociales hegemónicos de salud en Guatemala, entonces, el diseño institucional real que prevalezca –más allá de las proclamas normativas de nuestras leyes– será un factor fundamental para la incidencia de los imaginarios sociales de salud. En esto resulta fundamental considerar lo siguiente: en Guatemala contamos con marcos legales tan amplios que lo permiten todo o casi todo. En este sentido, se hace necesario colocar “candados” políticos a todas las instituciones que intervienen en el sistema de salud. De manera privilegiada, es necesario crear procedimientos y reglamentos específicos que den verdadero sentido a las leyes generales sobre salud. En este marco planteamos, que si lo que debe orientar a los servicios de salud es el mercado, entonces es necesario cotizar y hacer competitivo lo público: para esto es necesario crear un escenario de igualdad de condiciones entre lo público y lo privado. En otras palabras: lo público y lo privado deben estar sometidos a las “mismas” reglas del juego. Una precondition de esto es generar un marco legal que norme y regule a las instituciones públicas y privadas de salud.

Finalmente, es prioritario colocar al centro de toda direccionalidad de salud, a los sujetos más pobres de nuestro país. Esto no se logra con buenas intenciones o con lógicas integracionistas disfrazadas de caridad y humanitarismo. Para esto se hace necesario crear las condiciones reales de participación ciudadana en y con estos grupos: en otras palabras, se trata de abrir a toda costa la posibilidad de que estos grupos decidan políticamente sobre su salud y sobre la salud de sus comunidades. En este marco, aquellos equipos transdisciplinarios que estén construyendo conocimiento crítico sobre la salud en Guatemala, deben destinar sus preo-



cupaciones y problemas de investigación en un marco de co-construcción de conocimiento científico con los sujetos más excluidos del sistema de salud en Guatemala (sin olvidar que es fundamental investigar a los grupos de poder que deciden sobre la salud en Guatemala). No se trata de construir conocimiento para los sujetos; se trata de construir conocimiento con los sujetos, desde una perspectiva que no los ubique como personas a las que “hay que ayudar” caritativamente; al contrario, se trata de comprender que éste debe ser un conocimiento en el que se den procesos de transacción de saberes, para co-construir una mirada más amplia, compleja y heterogénea de la salud en Guatemala, es decir, construir un saber más real.



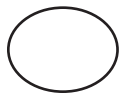
Anexos



Simbología



Las nubes o recuadros punteados se refieren al nivel discursivo del material analizado.



Las nubes o recuadros con línea continua se refieren al nivel analítico del investigador.



La flecha simple muestra una vía de relación.



La flecha doble muestra una relación preponderante.



Signo utilizado para indicar una disminución significativa.



Signo utilizado para indicar un incremento significativo.



Signo utilizado para indicar una afirmación efectiva.



Signo utilizado para indicar una relación de equivalencia.



Signo utilizado para indicar una relación monetizada (dinero).



Signo utilizado para indicar ausencia o negación.



Signo que marca el origen de lectura de una ruta.



Gráfica Analítica No. 1 "La condena pública de lo público"



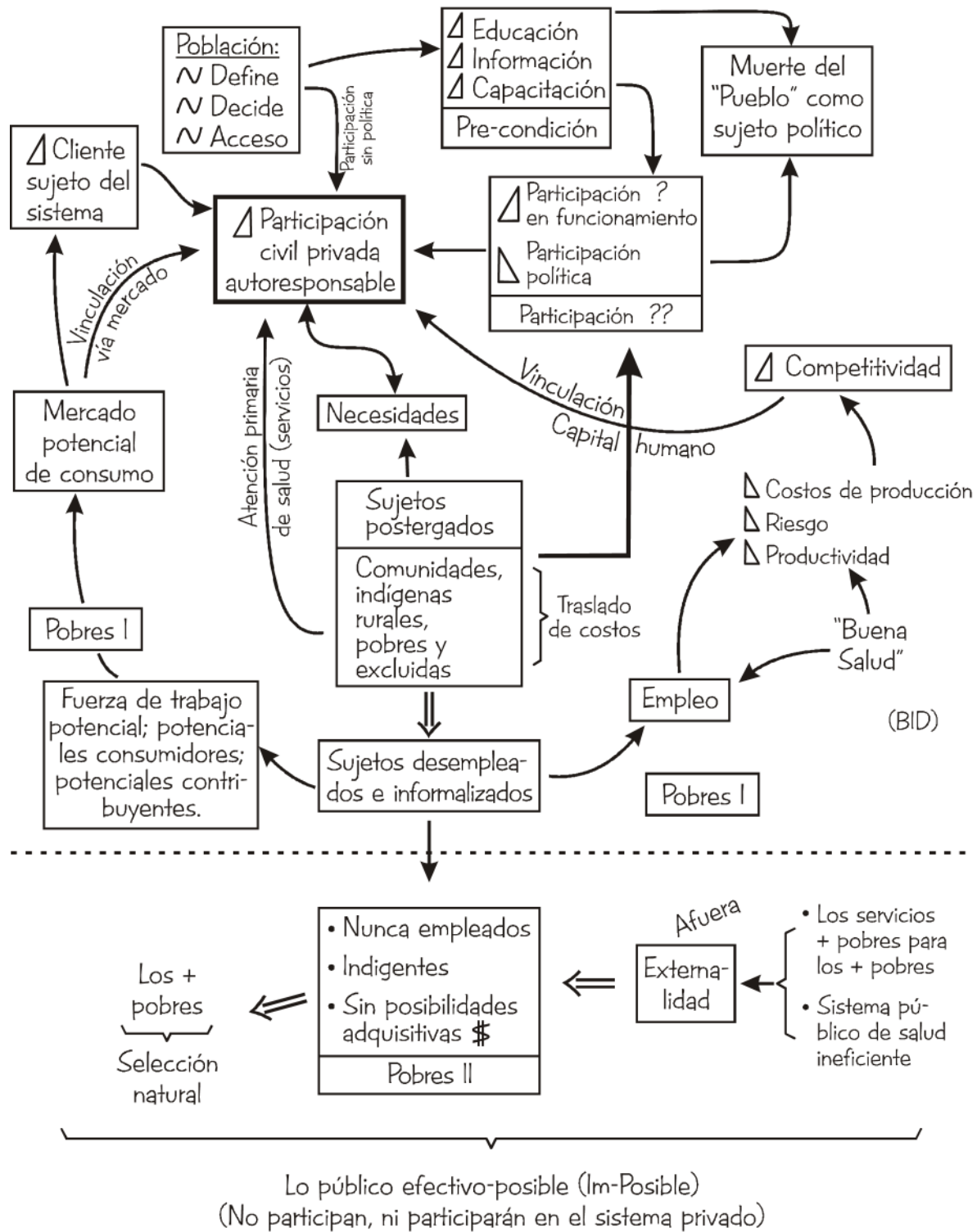
Gráfica Analítica No. 2 "El deseo de lo privado"



Juan Carlos Mazariengos



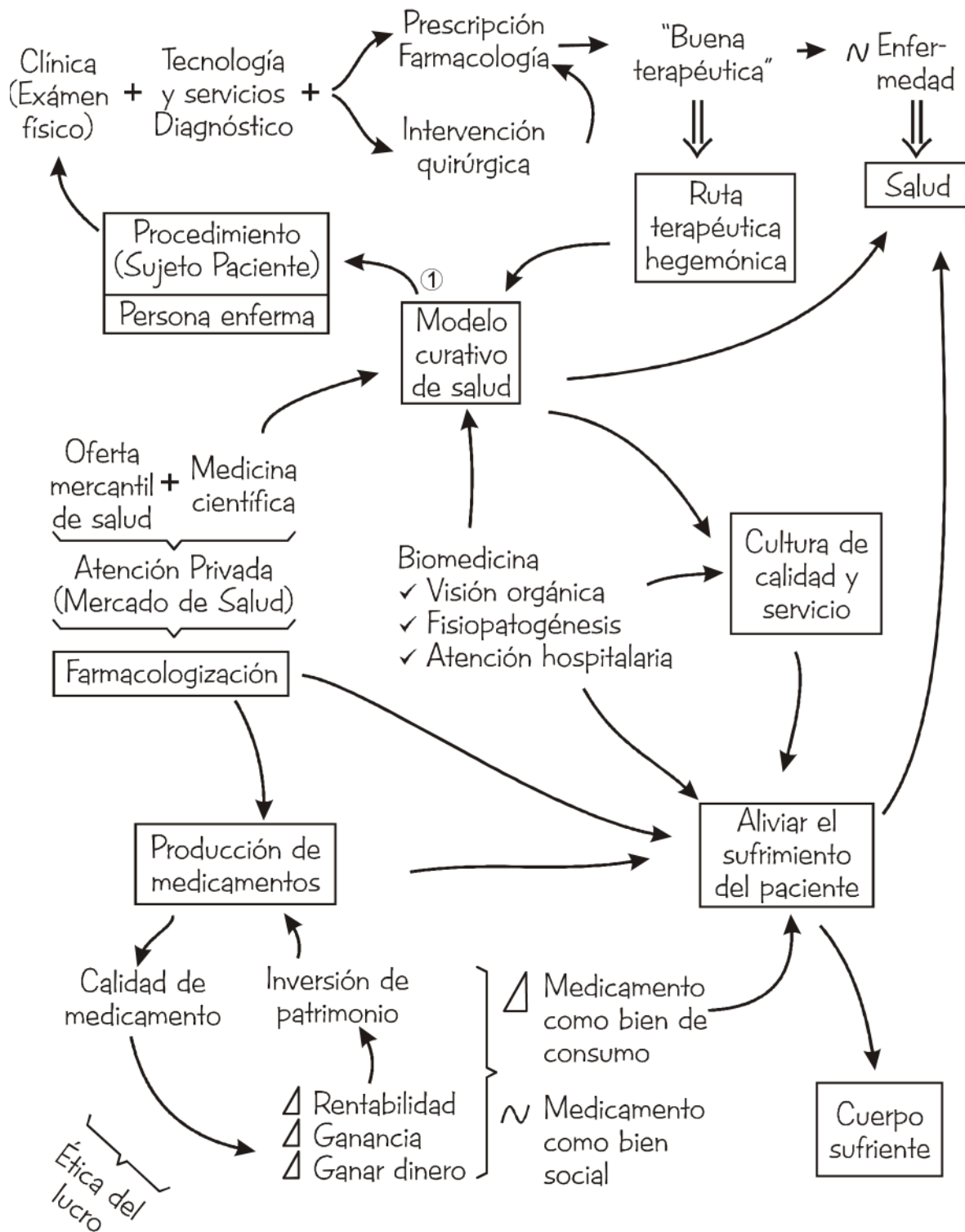
Gráfica Analítica No. 4 "Capital humano"



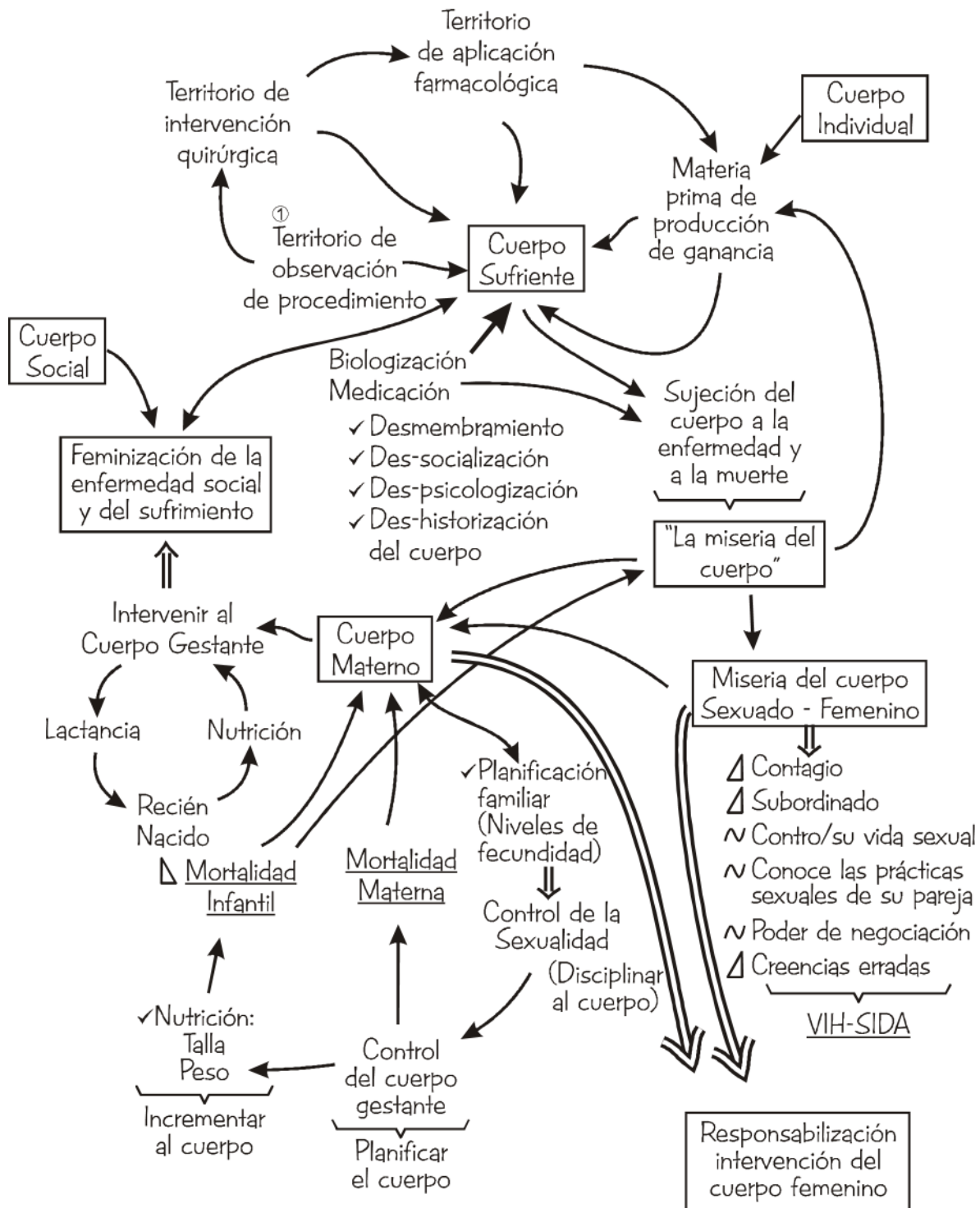
¿Unos vivimos porque otros mueren?



Gráfica Analítica No. 5 "Hegemonía del modelo curativo"



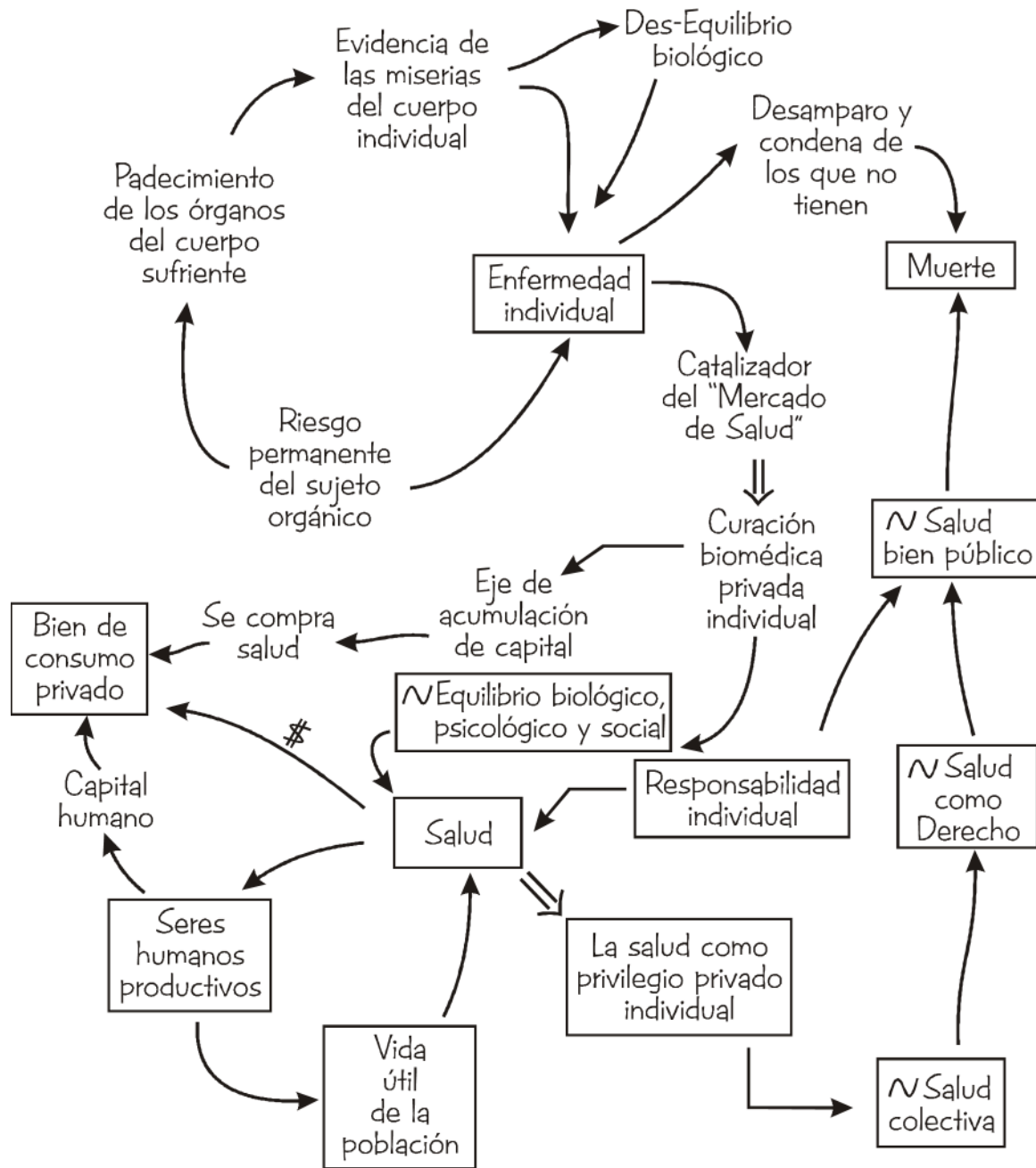
Gráfica Analítica No. 6 "Cuerpos que importan"



¿Unos vivimos porque otros mueren?



Gráfica Analítica No. 7 "Imaginarios hegemonicos de enfermedad"



* Salud: Salir de la enfermedad
Terapéutica curativa privada
Medicalización-Biologización
Farmacologización-Autoresponsabilidad
de la enfermedad

Enfermedad / Salud



Listado de entrevistas analizadas

Entrevistas analizadas en profundidad

1. Informante Clave No. 1. Formadores de trabajadores en salud.
2. Informante Clave No. 2. Farmacéuticas.
3. Informante Clave No. 3. Formadores de trabajadores en salud.
4. Informante Clave No. 4. Posición no oficial de Agencia de Cooperación Internacional.
5. Informante Clave No. 5. ONG de salud comunitaria

Entrevistas analizadas para contexto referencial

6. Informante Clave No. 6. Comisión de Salud del Congreso de la República.
7. Informante Clave No. 7. Sindicato de Trabajadores de Salud Pública



Bibliografía



- Acuerdos de Paz, versión electrónica.
- AVANCSO,(2006) *Imágenes de nuestra realidad, realidad de nuestras imágenes. Imaginarios sociales y subjetividad en Guatemala*, Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales en Guatemala, AVANCSO, Cuaderno de investigación No. 19, Guatemala.
- Banco Mundial, (2006)*Resumen Ejecutivo: Reducción de la pobreza y crecimiento: círculos virtuosos y círculos viciosos*, Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe.
- Banco Interamericano de Desarrollo, (2004) *Perfil de la estrategia de salud*.
- Buttler, Judith, (2002) *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y simbólicos del "sexo"*, Paidós, España.
- CACIF, *Documento KABAWIL*.
- Canguilhem, Georges, (2004)*Escritos sobre la medicina*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina.
- Carretero, Pasín Ángel, (2005) *La relevancia sociológica de lo imaginario en la cultura actual*, Revista Nómadas, No.9, Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas, Universidad Complutense de Madrid.
- Castoriadis, Cornelius, (1989)*La institución imaginaria de la sociedad*, t. 1, Tusquets Ediciones, España.
- Código de Salud.
- Constitución Política de la República de Guatemala.
- Corte de Constitucionalidad, *Gaceta No. 28, Nos. 19 y 29, expedientes acumulados No. 355-92 y 359-92, Sentencia 12-05-93*.
- Delgado, Juan Manuel y Gutiérrez, Juan (editores), (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Editorial Síntesis, España.
- Durkheim, Emilie. (1999) *Las reglas del método sociológico*. Ediciones Moratta, España, [1982].
- Evans, Dylan, (1997)*Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*, Paidós, España.
- Fleury, Sonia, (2004) *Modelos de Reforma de la Salud en América Latina*, en: Spinelli Hugo (comp.), *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad; Epidemiología, Gestión y Políticas*, Lugar Editorial, Argentina.
- _____, (1997) *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina*, Lugar Editorial, Argentina.
- Frenk, Julio, (2003) *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Galende, Emiliano, (2004) *Debate Cultural y Subjetividad en Salud*, en: Spinelli Hugo (comp.), *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad; Epidemiología, Gestión y Políticas*, Lugar Editorial, Argentina.



- Gobierno de Guatemala, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, (2006) *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala*, Guatemala, marzo.
- Gómez de Liaño, Ignacio, (1999) "El idioma de la imaginación. Ensayos sobre la memoria, la imaginación y el tiempo", Editorial Tecnos, España, [1992].
- IGSS, *Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*.
- Laurel Asa, Cristina, (1997) *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa*, Ediciones Era, México.
- Menéndez, Eduardo, (2004) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, en: Spinelli Hugo (comp.), *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad; Epidemiología, Gestión y Políticas*, Lugar Editorial, Argentina.
- Naciones Unidas, (2000) *Resoluciones del milenio*.
- Organización Panamericana de la Salud, (2001) *Perfil del sistema de servicios de salud de Guatemala*.
- Ortí, Alfonso, (1995) *La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social*, Editorial Síntesis, España, 1995, en: Delgado, Juan Manuel y Juan Gutiérrez (editores), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Editorial Síntesis, España.
- Plan Visión de País, *Iniciativa de ley marco*, Guatemala, 2005-6.
- PNUD, *Agenda Nacional Compartida*.
- Pintos, Juan-Luis, (1995) *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*, Editorial Sal Terrae, España.
- Rubio, Ma. José y Varas, Jesús, (1997) *El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*, Editorial CCS, España.
- Spinelli, Hugo (comp.), (2004) *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad; Epidemiología, Gestión y Políticas*, Lugar Editorial, Argentina.
- Williams, Raymond, (2000) *Marxismo y Literatura*, Península Editorial, España, [1997].

